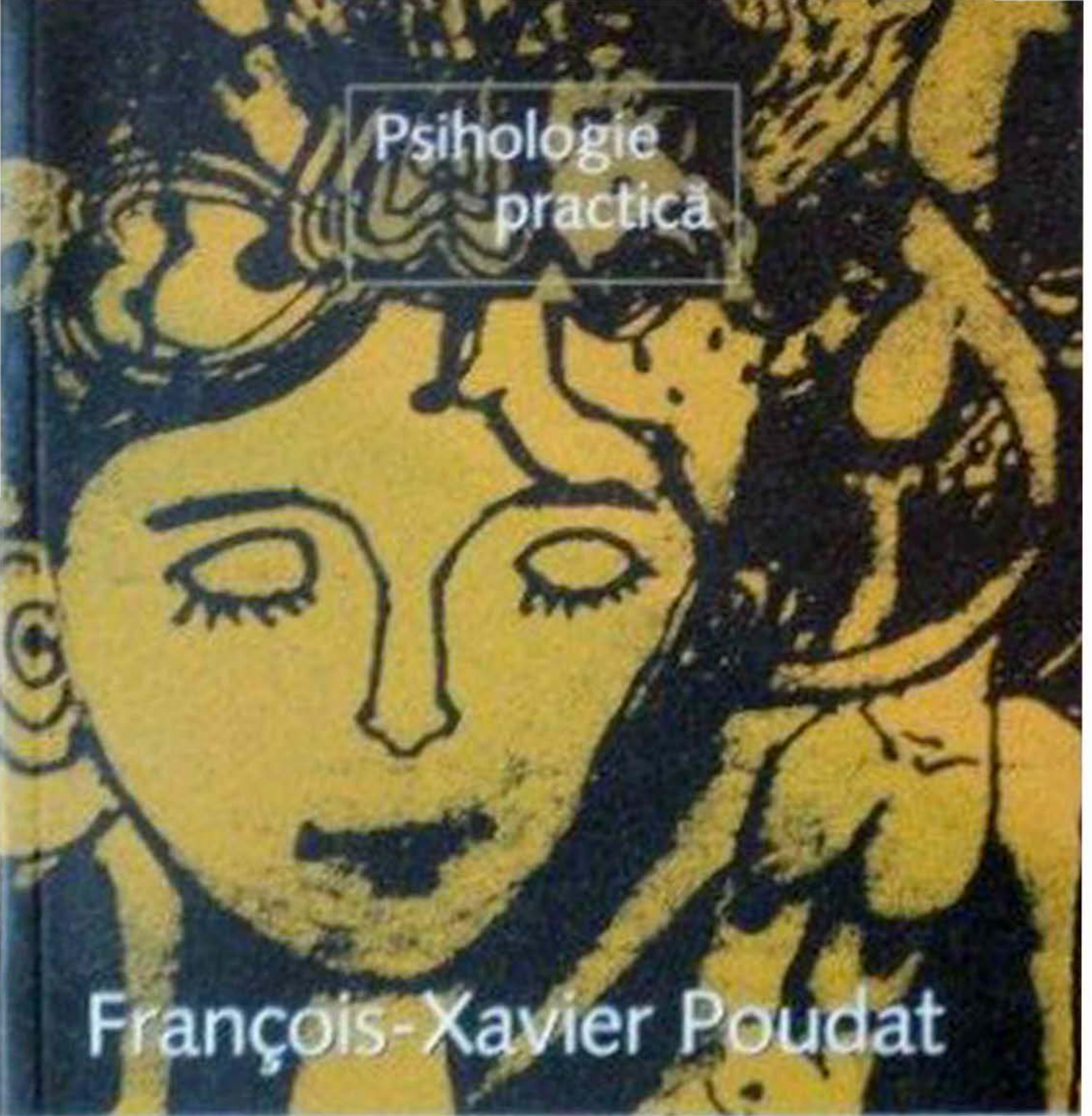


A stylized, high-contrast illustration of a human face in yellow, set against a dark, textured background. The face has large, closed eyes with long eyelashes, a simple nose, and a slight smile. The background features abstract, swirling patterns in shades of blue and black.

Psihologie
practică

François-Xavier Poudat

Cum să depășim dificultățile sexuale



În aceeași colecție au mai apărut:

Alix Girod de l'Ain, *Cum să te căsătorești*
Cristophe André, *Cum să-ți construiești fericirea*
François Lelord, Cristophe André, *Cum să ne exprimăm
emoțiile și sentimentele*
François Lelord, Cristophe André, *Cum să ne purtăm cu
personalitățile dificile*
François Lelord, Cristophe André, *Cum să te iubești pe tine
pentru a te înțelege mai bine cu ceilalți*
Françoise Dolto, *Când părinții se despart. Cum să prevenim
suferințele copiilor*
George H. Green, Carolyn Cotter, *Cum să neutralizați
agresorii, șefii și brutele din viața voastră. Recâștigați-vă
puterea personală*
Gérard Leleu, *Cum să fim fericiți în cuplu. Intimitate,
senzualitate și sexualitate*
Gérard Leleu, *Cum să fim fericiți în cuplu. Între fidelitate și
infidelitate*
Henri Brunel, *Cum să te relaxezi repede și plăcut. Douăzeci și
două de rețete „eficiente și delicioase”*
Henri-Jean Aubin, Patrick Dupont, *Cum să te lași de fumat*
Marie Haddou, *Cum să spui NU? Acasă, la serviciu,
prietenilor, în viața de zi cu zi*
Marie Haddou, *Cum să-ți înlățești încrederea în tine*
Mauri Fries, *Cum să ne liniștim copilul care plânge zi și noapte.
Sfaturi pentru părinții epuizați*
Nigel Warburton, *Cum să gândim corect și eficient*
Patrick Legeron, *Cum să te aperi de stres*
Peter Collett, *Cartea gesturilor. Cum putem ghici gândurile
oamenilor din acțiunile lor*

François-Xavier Poudat

Cum să depășim dificultățile sexuale

Traducere din limba franceză de

Dara Maria Străinu

431823



398744

B.C.U. IASI



Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Coperta colecției:
DINU DUMBRĂVICIAN

Tehnoredactarea computerizată:
EXPERT EDIT SRL

Cuprins

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
POUDAT, FRANÇOIS-XAVIER

Cum să depășim dificultățile sexuale / François-Xavier
Poudat ; trad.: Dara Maria Străinu. - București : Editura Trei,
2006

Bibliogr.
ISBN (10) 973-707-086-0 ; ISBN (13) 978-973-707-086-9

I. Străinu, Dara Maria (trad.)

613.88

Această carte a fost tradusă după
NOUS N'ARRIVONS PAS À NOUS ENTENDRE, de François-Xavier Poudat,
Odile Jacob, Paris, 2000

Copyright © Odile Jacob, Mars 2000

Copyright © Editura Trei, 2006,
pentru ediția în limba română

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: office@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN (10) 973-707-086-0 ; ISBN (13) 978-973-707-086-9

21 NOV. 2006

Primele sfaturi pentru uzul cititorilor 11

PARTEA ÎNTÂI

Sunt normal(ă)? Lucrul se petrece normal?

A înțelege pentru a reacționa mai bine

CAPITOLUL 1 Un bărbat, o femeie, un cuplu 19

Patru povestiri 19

Jeanne: „Mi-e frică...” 19

Pierre: „Se întâmplă prea repede...” 20

Laura: „Nu mai am poftă...” 21

Camil: „Nu mai reușesc” 23

Normal? Anormal? 24

CAPITOLUL 2 Masculin, feminin. Deosebiri

dintre sexe 25

De la mine la celălalt 25

Întâlnirea a două trupuri 26

Faza dorinței 27

Faza excitației 28

Faza orgasmică 28

Faza refractară 29

Faza rezoluției 30

șocul credințelor 31

Bărbatul și eficacitatea 31

Femeia și contextul 31

CAPITOLUL 3 De la dorință la plăcere. O ucenicie

<i>permanență</i>	33
Înțire natură și cultură	33
Între tabu, permisivitate și împlinire deplină	35
Între trecut și prezent	36
Între gândire și emoție	37
Între imediat și durată	38
<i>Imediatul: excitație sau teamă?</i>	38
<i>Durata: liniștire sau plictis?</i>	39
Între senzorialitate și genitalitate	40
<i>Simțurile, cu și fără sex</i>	40
<i>Importanța simțurilor</i>	41
<i>Simțurile careucid sau exaltă dragostea</i>	42
<i>Testați-vă propria senzorialitate și pe cea a partenerului/</i> <i>partenerului</i>	43

CAPITOLUL 4 Mici pene sau tulburări propriu-zise.

<i>Ceea ce trebuie știut</i>	47
Criteriul	47
Falsele probleme	49
<i>Penele „normale”</i>	49
<i>Reacțiile fals „anormale”</i>	49
Falsele pene	50

PARTEA A DOUA

Care e cu adevărat problema?

Evaluarea propriului comportament sexual

CAPITOLUL 5 Cum vă percepeți situația?	61
Ce resimt pe plan fizic	63
Evaluați-vă emoțiile	65
Ceea ce-mi spun în mintea mea	68
<i>Evaluați-vă credințele iraționale</i>	71
Ce anume fac sau nu mai fac	75
<i>Evaluați-vă dificultățile sexuale</i>	77

Ceea ce celălalt spune sau nu mai face	81
<i>Evaluați-vă dinamica conjugală (după Azrin)</i>	83
CAPITOLUL 6 Care e istoria dumneavoastră?	87
Analizați-vă istoria sexuală	88
Reperați factorii istorici și factorii de fragilizare	89
<i>În copilărie și adolescență</i>	90
<i>Înainte de căsătorie sau de începutul vieții comune</i>	90
Reperați factorii individuali și conjugali recenți	91
<i>Factorii sexologici</i>	91
<i>Factorii conjugali</i>	91
<i>Factorii psihologici individuali</i>	92
Analizați-vă istoria medicală	93
<i>Antecedentele medicale și chirurgicale</i>	93
<i>Medicațiile anterioare sau actuale</i>	93
CAPITOLUL 7 De ce tulburare suferiți?	97
Inhibiția dorinței sexuale: „Nu am poftă”	99
Tulburările excitației, cu sau fără durere	105
<i>Dispareunia: „Mă doare”</i>	106
<i>Vaginisnul: „Nu poate să mă penetreze”</i>	108
Tulburările erecției: „nu-i destul de rigid”, „nu pot să penetrez”	113
Tulburările orgasmului	119
Ejacularea precocă: „pornește prea repede...”	119
Ejacularea întârziată sau anejacularea: „nu vine destul de repede”, „nu iese”	124
Anorgasmia: „nu simt plăcere”	128
CAPITOLUL 8 Faceți-vă bilanțul	133
Problema	133
Apariția problemei	134
De la apariția problemei și până acum	134
În prezent	135
Pe drumul spre schimbare	135

În rezumat: problema mea sexuală	136
În rezumat: istoricul problemei mele, consecințele ei	137
În rezumat: tentativele de soluționare care mi-au menținut sau agravat problema	138

PARTEA A TREIA

Ce-i de făcut pentru a schimba?

A-ți trăi mai bine sexualitatea

CAPITOLUL 9 Întrebări, îndoieli și false certitudini	143
<i>Factorii ce frânență schimbarea</i>	143
Îmi vine peste mână să vorbesc despre sex	143
Mi-e frică de privirea celorlalți	145
Mi-e rușine de viața mea sexuală	146
Am tot timpul!	147
Cunosc cauza!	148
Soția/soțul meu nu-i la curent. Cum să-i vorbesc?	149
Vreau o sexualitate perfectă!	150
Mă pot ajuta singur?	152
Ne putem ajuta în cuplu?	153
CAPITOLUL 10 Confruntarea cu dificultățile. Metodele ce s-au dovedit eficiente	155
Terapiile cognitivo-comportamentale	155
Principiul	155
Tratament potrivit în funcție de problemă	157
În miezul schimbării	159
Diversele tehnici	163
Desensibilizarea și expunerea progresivă la stres	163
Tehnicile cognitive	137
Tehnicile cu mediere corporală	170
Tehnicile orientate după soluții	177
Tehnicile de comunicare	181

CAPITOLUL 11 Singur(ă) sau în doi. Exercițiile de făcut	189
Tulburările de erecție	190
Vaginismul și dispareunia	200
Ejacularea rapidă	207
Tulburările dorinței și anorgasmia	213
Ejacularea întârziată și anejacularea	219
CAPITOLUL 12 Medicamente sau psihoterapie	225
Ajutorul specialiștilor	225
Relația terapeutică	225
Ce precauții se impun?	226
Când să vă duceți la consultație?	227
Pe cine să consultați?	228
Care sunt condițiile unei bune abordări terapeutice?	229
Cele două axe ale terapiei	231
Locul medicamentelor	232
Psihoterapiile	239
Recomandări finale către pacienți, impacienți și clienți	247
Mic dicționar de expresii și gânduri careucid	251
Referințe bibliografice	257

Primele sfaturi pentru uzul cititorilor

A deschide o carte despre sexualitate nu-i totuna cu a deschide o carte de alt gen. De la interesul pur anecdotic la căutarea unei soluții, oricine va găsi aici ceea ce a venit să caute, cu condiția doar de a adopta o atitudine de receptivitate, de deschidere, de disponibilitate.

Motivația e necesară, deoarece schimbarea presupune timp. Timp pentru a citi, a testa, a pune în practică, a-și modifica felul de-a fi, viziunea despre sine și cea despre celălalt.

Deschiderea cărții este deja prin ea însăși un act terapeutic, un început de schimbare.

A fi receptiv și motivat

Deschizând această carte, străduiți-vă să adoptați o atitudine de disponibilitate și de receptivitate. Nu porniți cu idei *a priori* care să facă din dumneavoastră un bolnav (o bolnavă). Dacă vă deschideți toate simțurile, veți găsi cu siguranță un răspuns. La mijloc nu e nimic magic, ci doar o explicație simplă pentru ceea ce vi se întâmplă.

Odată străbătut tronsonul explicației (care e suficient pentru a vindeca 30% din problemele sexuale), lucrul cel mai important devine căutarea unei soluții. Nu vă angoasați, nu dramatizați. Teamă de eșec, frică de a nu reuși, obligația de performanță explică de foarte multe ori persistența problemei.

REȚINEȚI

Orice problemă are o soluție. Soluția care se potrivește în cazul dumneavoastră poate că nu este cea pe care v-ați închipuit-o. În orice caz, soluția se situează între „a nu face nimic” și „a atinge perfecțiunea”.

Limpezirea „discursului” sexual

Evident, cartea de față nu este un panaceu. Ideile dezvoltate și soluțiile propuse în ea poate că nu sunt decât parcelare, dar ele sunt cinstite, practice, utile și eficace. Ca și în alte materii, exersați și aici o judecată critică și constructivă.

Citiți această carte în etape, singur(ă) sau în doi. Discutați, dacă vreți, împreună. Experimentați sfaturile, faceți exerciții. Vă veți debarasa astfel de ideile caricaturale pe care toți le avem în materie de sexualitate. Dacă asta nu e de-ajuns, vă rămâne oricând posibilitatea, dacă doriți, să mergeți să consultați un specialist. Asupra acestui punct vom mai reveni.

Cuvintele pe care le folosim aici sunt în mod voit simple. Este o alternativă conștient asumată la jargonul științific, medical sau psihologic, care, evident, își are utilitatea sa, dar care deseori rămâne ermetic dacă nu este explicat.

Jargonul e practicat de specialiști, terapeutul preferă o exprimare mai puțin tehnică:

— *Domnule, aveți o problemă de disfuncție erectilă.*

— *Va să zică, doctore, e de rău?*

— *Nu, ține de psihologie. E vorba de impotență.*

— *Ah, deci am ceva la cap, sunt nebun. Aș fi preferat o boală adeverită...*

Nearțelare există și la pacientul însuși când se folosesc cuvinte ce întrețin confuzia:

— *Doctore, sunt frigidă.*

— *Ce se întâmplă?*

— *Tocmai asta e, că nu se întâmplă nimic. Poftă am în gând, dar nu și fizic. Nu simt nimic. În schimb, am plăcere..., dar nu știu dacă am orgasm...*

A citi pe îndelete

Utilizați această carte în ritmul care vă convine. Parcurgeți-o cum vreți. Învățarea sexualității are loc toată viața. Căutați ceea ce vi se potrivește, încercați întruna.

REȚINEȚI

Dacă răspunsul nu vă convine astăzi, s-ar putea să vă convină mâine. Și invers, ceea ce se potrivește astăzi s-ar putea ca mâine să nu se mai potrivească.

Învățați cu plăcere.

Sexualitatea e un joc, în sensul nobil al cuvântului. Dacă apare un obstacol în evoluția dumneavoastră sexuală, în mod paradoxal e un lucru bun: astfel veți încerca să progresați. Mai cu seamă, încetați să vă imaginați că actul sexual este o performanță și o treabă mecanică. Sunteți în măsură de a emite o judecată proprie, de a vă construi singur(ă) propria sexualitate, împreună cu partenera/partenerul dumneavoastră.

Înaintați fără grabă, dacă vreți ca această carte să vă fie de folos.

Nu vă va folosi la nimic să citiți pe nerăsuflăte, dacă asta vă aduce mai multă frustrare decât satisfacție. Dacă doriți, puteți pur și simplu să citiți doar capitolele/capitolele care vă interesează.

Dacă această carte nu-i pentru dumneavoastră decât o constrângere permanentă, există trei ipoteze: sau cartea e proastă („cine naiba m-a pus să intru în iadul acesta!”), sau problema sexuală este flagrantă, iar dumneavoastră faceți în așa fel încât să o treceți cu vederea („am de lucru”), sau „aruncați pisica moartă” în ograda partenerului/parteneriei („e problema ta”).

A învăța să comunici cu celălalt

Fiecare poate decide să aleagă ce vrea, cum vrea, cu cine vrea. Această libertate se înscrie într-un cadru care este cel al moralei noastre, al valorilor noastre, al limitelor noastre.

Pentru a putea să ne facem înțeleși, e preferabil, totuși, să „exprimăm” decât să „imprimăm”, să exteriorizăm decât să interiorizăm, să spunem cu autenticitate decât să refulăm. Comunicarea în cuplu este baza bunei înțelegeri sexuale.

Pentru a vă înțelege mai bine, puteți folosi informațiile și aplica exercițiile cuprinse în această carte. Dacă asta nu ajunge, puteți, firește, consulta un specialist. Competența sa și neutralitatea sa binevoitoare vă vor ajuta să înțelegeți problema pe care o aveți și să găsiți tratamentul potrivit.

Sexologii americani Master și Johnson spuneau că până și cuplurile fără probleme ar trebui din când în când să-și ia un răgaz și să verifice starea contractului lor. Aceasta nu înseamnă că printr-o bună comunicare avem siguranța că nu se va ajunge la despărțire, dar înseamnă că un optim de schimburi

RECOMANDARI CATRE CITITOR

1. Citiți cu răbdare.
2. Nu-i o urgență, chiar dacă aveți impresia că dificultățile dumneavoastră sexuale sunt răspunzătoare pentru o mulțime de griji: graba duce la eșec.
3. Ignorați tabuurile și pozițiile de principiu.
4. Pentru problema dumneavoastră există soluție.
5. Soluția nu e de căutat aiurea.
6. Încercați câteva exerciții.
7. Încercați sfaturile de bun-simț.
8. Fiți sigur(ă) că nu există răspuns magic sau remediu miraculos.
9. Învățați să vă acordați încredere și să participați activ la rezolvarea problemelor.

și de împărtășire afectivă permite cea mai bună gestionare a legăturii amoroase.

Mi s-a întâmplat deseori să propun cuplurilor care și-au rezolvat problemele sexuale să-și „dea întâlnire”, o dată pe săptămână de exemplu, spre a-și face bilanțul și a răspunde la două întrebări: Ce-am făcut de săptămâna trecută pentru cuplul meu? Cât am perceput din strădaniile celuilalt, de săptămîna trecută până acum?

Penele sexuale sunt de o mare banalitate. Decideți singur(ă) sau în doi ce-i de făcut; informarea și într-ajutorarea reprezintă o forță pentru dumneavoastră și pentru cuplul dumneavoastră. La capătul drumului se găsește o soluție. Ea nu este miraculoasă și va veni chiar de la dumneavoastră. Vă sunteți propriul terapeut.

RECOMANDARI PENTRU CUPLU

1. Găsiți un limbaj simplu, ușor de înțeles.
2. Ascultați-vă, încurajați-vă, fiți pozitivi.
3. Să nu vă închipuiți că partenerul/partenera dumneavoastră poate fi neutru/neutră față de problema apărută.
4. Acordați-vă un spațiu pentru discuție și schimb de idei.
5. Propuneți-vă obiective modeste.
6. Luați aminte că doar a oferi plăcere și a tăcea nu sunt totdeauna soluții pozitive.
7. Faceți puțin și bine, în loc de mult și prost.
8. Evitați comparațiile: ceea ce e bun pentru dumneavoastră poate că nu e la fel pentru un altul.

PARTEA ÎNTÂI

Sunt normal(ă)?
Lucrul se petrece normal?

*A înțelege pentru a reacționa
mai bine*

Un bărbat, o femeie, un cuplu

Patru povestiri

Iată patru povestiri: s-ar putea ca vreuna din ele să fie a dumneavoastră, a noastră. Citiți-le pe îndelete: în ele veți găsi deja câteva repere.

Jeanne: „Mi-e frică...”

La vârsta de 23 de ani Jeanne nu reușește să aibă „adevărate” raporturi sexuale. De patru ani are un prieten și de doi ani trăiește cu el. Au decis împreună să se căsătorească și să aibă un copil.

Ea spune că a ezitat mult înainte de a consulta un specialist, de teamă că vor ieși vorbe. Prietenul ei, înzestrat cu multă răbdare, aștepta ca lucrurile să se îndrepte de la sine, cu timpul.

Această tânără nu a putut avea niciodată raporturi sexuale complete: nu exista penetrare, doar contacte — altminteri destul de mulțumitoare — pe zonele sexuale. Îmi spune: „Mă simt rău, mi-e frică, sunt încordată. N-am ce face. Am vrea să avem un copil și nu reușim”.

Jeanne a avut dintotdeauna dificultăți în abordarea sexualității. N-a avut raporturi sexuale cu alți bărbați: „Nu mă interesează prea mult...”. Și-a investit toată energia în activitatea sa profesională și acum e pe cale să obțină o diplomă de înaltă calificare în informatică. Se autodescrie ca fiind o fire anxioasă, meticuloasă, perfecționistă,

care consacră puțin timp plăcerii sau îndeletnicirilor din timpul liber, cu excepția unor activități sportive pe care le practică asiduu.

— Jeanne își pune diverse întrebări: Oare voi putea să fac un copil? Sunt normală? Am cumva o problemă fizică?

— Prietenul ei își pune și el întrebări: Voi putea trăi fără sexualitate? Vom putea oare să avem un copil?

— Terapeutul își pune următoarele întrebări: Mă aflu în fața unei dorințe de a avea copil, sau a uneia de împlinire sexuală? Ce loc deține sexualitatea în viața acestui cuplu? Ce cunoștințe are această femeie despre corpul său, despre sexualitate, despre plăcere? Care-i obiectivul de urmărit? Ce tratament să le propun? Cine ce cere?

REȚINEȚI

Cuvintele-cheie pe care trebuie să le rețineți sunt: contractură vaginală, durere, dorință de a avea copil, împlinire sexuală, teamă, atitudinea sofului.

Pierre: „Se întâmplă prea repede...”

Pierre, 28 de ani, se plânge de ejaculare precoce. Vine la consultație însoțit de prietena sa, cu care trăiește de șase ani. Ea este neliniștită și nefericită: „Nu am plăcere. Dacă el s-ar reține ceva mai mult, aș avea cu siguranță mai multă. Poate chiar aș ajunge la orgasm... După aceea, însă, el se întoarce și mă părăsește. Îmi repetă întruna că e un ratat, că nu va reuși niciodată. Îmi spune chiar să-mi caut pe altcineva. Or, nu vreau așa ceva...”. Bărbatul, la rândul său, afirmă că n-a avut niciodată vreo problemă sexuală în experiențele sale de dinainte, nu prea numeroase și de scurtă durată. Prietena sa de acum este singura femeie cu care se stabilizează afectiv, și tocmai cu ea eșecul e resimțit cel mai tare.

El se descrie ca fiind un bărbat stresat, anxios, timid și introvertit (spre deosebire de prietena sa). Evocă totodată stări de panică și crize

de angosă mai mult sau mai puțin intense de îndată ce trebuie să facă față unei situații conflictuale mai dificile (la serviciu, în familie, în cuplu etc.).

— Pierre își pune diverse întrebări: Cum să învăț să-mi controlez ejacularea, spre a procura plăcere partenerei mele? Nu cumva stresul cotidian îmi influențează sexualitatea? Nu cumva problema mea se explică prin vreo anomalie fizică?

— Prietena sa își pune și ea întrebări: Oare sunt dorită? Este Pierre pentru mine bărbatul potrivit? Este el capabil să-mi ofere plăcere?

— Terapeutul își pune următoarele întrebări: Suferă acest bărbat de ejaculare precoce? Ce loc ocupă problema sexuală în starea sa generală de stres? Se poate explica ejacularea rapidă prin reacțiile partenerei? Cum trăiește acest cuplu? Care-i primul obiectiv de urmărit? Ce tip de tratament să le propun?

REȚINEȚI

Cuvintele-cheie ce trebuie reținute sunt: lipsă de stăpânire, durată, excitație, stres, anxietate, atitudinea femeii, absența orgasmului la femeie, eficacitate și performanțe, dispariția treptată a plăcerii de bărbat.

Laura: „Nu mai am poftă...”

Laura, 35 de ani, vine la consultație împreună cu soțul. De vreo șase ani i-a dispărut dorința, iar contactele fizice o dezgustă. Când are raporturi sexuale, o face pentru plăcerea lui și ca să aibă liniște: „Personal, nu simt cine știe ce”.

De câteva luni încoace, soțul nu mai conține cu remarcii nepoliticoase de felul: „M-am săturat, până la urmă mă voi duce în altă parte!” sau „Trebuie că a apărut altcineva în viața ta, am impresia că mă înșeli...”. Și adevărul e că ea nu mai suportă ca soțul să se apropie sau s-o atingă: „Nu-i e gândul decât la asta.

Dezinierdări aş accepta, dar el vrea de fiecare dată să meargă mai departe. Ca şi cum doar sexul ar conta”.

Înjghebat de doisprezece ani, acest cuplu are trei copii cu vârste de 11, de 8 şi respectiv de 4 ani. Primul a venit chiar la începutul vieţii conjugale; ultimul e un „mic capriciu”. Laura povesteşte: „La naşterea celui de-al doilea copil, mi-am părăsit serviciul. Soţul m-a îndemnat să rămân acasă, eu am fost de acord. Acum regret pe undeva. Înainte era cu mult mai bine...”. Apoi continuă: „Ne-am cunoscut cu doi ani înainte de căsătorie. În ce priveşte sexualitatea, pe atunci totul se petrecea bine, eu n-aveam probleme, simţeam plăcere, eram iubitoare...”.

În prezent, această femeie se autodescrie ca introvertită şi nemulţumită de sine. Are sentimentul de a-şi fi neglijat binele personal. Dincolo de copiii săi şi de casă, viaţa i se pare searbădă.

— Întrebările pe care şi le pune Laura: Cuplul meu mai poate rezista multă vreme aşa? Ce ar trebui schimbat pentru ca să mă simt mai împăcată? Sunt cunva deprimată? Îmi mai iubesc oare bărbatul?

— Întrebările pe care şi le pune soţul: Oare de ce mă respinge astfel soţia? Cum să regăsesc sexualitatea de mai înainte? Trebuie oare să-mi schimb viziunea despre căsnicia mea? Dar dacă mi-aş căuta o altă femeie?

— Întrebările pe care şi le pune terapeutul: Femeia asta vine pentru sine, pentru partenerul său sau pentru cuplul lor? Conştientizează oare bărbatul ce-i lipseşte soţiei sale? Ştiu ei oare că nu vor retrăi niciodată sexualitatea de la început şi că trebuie să intre într-o nouă etapă? Care e primul obiectiv de urmărit? Ce tratament să le propun?

REȚINEȚI

Cuvintele de reținut sunt: dorință, durata cuplului, agresivitate între soți, proastă dispoziție personală, responsabilitate, delăsare, monotonie, locul sexualității, imaginea despre corp, culpabilitate, regret, pierderea de către o femeie a identității sociale, seducție, respectarea etapelor.

Camil: „Nu mai reușesc”

Camil, 52 de ani, se plânge de câteva luni de erecții semimoi sau semirigide în timpul raporturilor sexuale. Câteodată erecția slăbește chiar de la început, ceea ce împiedică penetrarea.

Căsătorit de douăzeci și cinci de ani, tată a patru copii, acest bărbat de vârstă mijlocie este cadru superior la o întreprindere de produse agricole. Se autodescrie ca fiind un hiperactiv stresat, aflat de altminteri sub tratament pentru probleme de hipertensiune. Mai evocă în plus un vechi tabagism, nerezolvat, o igienă alimentară cam dezechilibrată, datorată activității sale profesionale.

Ceea ce-l frământă este, evident, problema sa de erecție, pentru el însuși, dar și pentru soția sa, care începe să se întrebe: „A intervenit altcineva în viața ta? Eu nu-ți mai plac?” Camil e și el preocupat: „Până la urmă, ea își va căuta un altul. Afurisită treabă...”.

— Camil își pune următoarele întrebări: Am vreo boală? Sunt prea bătrân? Ea ce-o fi gândind despre mine?

— Soția sa își pune întrebări de felul: Are vreo boală? Oare mă mai iubeste? Mai sunt o femeie atrăgătoare?

— Terapeutul își pune următoarele întrebări: Cât e de pus pe seama fizicului și cât ține de psihic? Ce rol joacă stresul? De ce această atitudine de eșec repetat? Care-i starea de culpabilitate a acestui bărbat? Care-i gradul său de epuizare? Ce rol joacă partenera? Cum funcționează acest cuplu? Care-i obiectivul de atins? Ce tratament să propun?

REȚINEȚI

Cuvintele-cheie de reținut sunt: impotență, cauze medicale, stres și eșecuri repetate, bătrânețe, rolul femeii, performanțe.

Normal? Anormal?

Citind aceste istorisiri, fără îndoială că vi s-au iscat în minte anumite întrebări. Notați-le pe o foaie de hârtie; veți afla elemente de răspuns pe tot parcursul lecturii.

Pentru a înțelege bine o problemă sexuală, facem obligatoriu referire la o normă: este sau nu normal să faci sau să gândești cutare lucru? Sunt oare normal sau anormal? De când anume preocuparea mea devine o problemă? Despre astfel de lucruri vom discuta împreună în paginile ce urmează.

CAPITOLUL 2

Masculin, feminin

Deosebiriile dintre sexe

Când discutăm despre tulburări sexuale, trebuie să vorbim aceeași limbă. Sexualitate „normală” nu există decât în raport cu o referință.

De la mine la celălalt

Vă dați seama, desigur, că ceea ce e normal pentru dumneavoastră poate să nu fie așa pentru altcineva, și invers.

Fiecare are viziunea sa personală despre care ar fi frecvența „normală” a raporturilor sexuale pe săptămână sau pe lună. În acest domeniu, statisticile n-au nici o valoare, pentru că în ele problemele sunt subevaluate, iar performanțele, amplificate. Tot așa, fiecare are definiția sa personală pentru ceea ce ar însemna un raport sexual „normal”, în funcție de pozițiile utilizate, de tipurile de dezmierdări, de diferitele forme de exprimare a sexualității.

La fel în ce privește alegerea soțului/soției: care-i alegerea „normală”? Pur și simplu, cea care-i pentru mine cea mai bună sau cea mai puțin proastă, cu toată modestia, în funcție — „normal” — de forțele și de fragilitățile fiecăruia.

Contrar a ceea ce s-ar putea crede, alegerea partenerului nu ține de hazard. Există criterii de selecție inconștiente, care ne fac să ne îndreptăm mai degrabă spre cutare sau cutare

persoană, ținând cont de biografia ei, de nevoile ei, de lipsurile ei, de așteptările ei etc.

— E oare normal, doctore, să nu ai raport sexual decât o dată la trei săptămâni?

— De ce nu, dacă amândoi vă potriviți în asta și dacă la baza cuplului vostru stau alte valori? În schimb, este o problemă, dacă unul din voi e nemulțumit de asta. Dar atenție: asta nu înseamnă că sunteți „anormal” în raport cu dumneavoastră înșivă; înseamnă doar că în cuplul dumneavoastră trebuie găsit un compromis. Acest compromis nu va consta doar într-o sporire acceptabilă a frecvenței raporturilor, ci și într-o ameliorare a întâlnirilor amoroase dintre voi.

REȚINEȚI

Nu există sexualitate „normală”.

Există pentru fiecare o sexualitate satisfăcătoare, respectuoasă față de celălalt și rodnică, sufletește, pentru cuplu.

Întâlnirea a două trupuri

Sexualitatea depinde de funcționarea a trei sisteme, și anume:

1. Sistemul vascular, care participă la reacțiile fizice în timpul excitației sexuale: umflarea penisului, a clitorisului; congestionarea și lubrifierea glandului, a vulvei, a vaginului etc.

2. Sistemul neuromuscular, care intervine la maximum excitării sexuale: încordarea abdomenului, accelerarea activității respiratorii, dar mai ales în momentul orgasmului: la bărbat, spasm al uretrei în timpul expulzării spermei; în orgasmul feminin, spasm al uterului și al vaginului.

3. Sistemul hormonal: secrețiile eliberate de ovare sau de testicule nu joacă un rol esențial în fenomenele vasculare și musculare ale erecției sau ale orgasmului. Acțiunea hormo-

nilor se produce mai mult la nivel cerebral decât la cel periferic (ovare și testicule).

Acest triplu sistem este controlat, supravegheat și modulată de creier, care are un permanent schimb de informații cu organele sexuale. Creierul primește informații de la periferie (organe interne și externe), pe care le prelucrează și le pune în legătură cu amintiri stocate deja în memorie, cu emoții, cu sentimente. Apoi, la rândul său, trimite informații spre periferie, în direcția zonelor externe și interne.

Faza dorinței

„A avea poftă” depinde, evident, de foarte mulți factori. Ea poate veni de la mine, de la partenera mea/partenerul meu sau din relația noastră. De la mine, pentru că gândesc (am fantasme), pentru că simt (am senzații vizuale, olfactive, tactile etc.), pentru că fac anumite lucruri (gesturi, comportament); de la partener(ă), pentru că el (ea) gândește, simte sau face; din relația noastră, pentru că trăim un moment de fericire, de schimb, de complicitate, sau, dimpotrivă, pentru că absența sau distanța dau naștere nevoii de regăsire.

În faza dorinței există diferențe între bărbat și femeie, legate de:

— Exprimarea fantasmelor: folosite și acceptate la bărbat, la femeie ele sunt deseori „prezentate” ca fiind absente sau culpabile.

— Natura surselor de stimulare: bărbatului îi place să privească și este stimulat de sursele pur sexuale; femeii îi place să audă, să simtă, ea este stimulată de sursele senzuale și de parametrul ce țin de mediu (climatul cuplului, ambianța, cuvintele duioase, momentele în doi etc.).

■ Faza excitației

Ea se traduce prin „senzorialitate” corporală și psihică.

— Fizic: se produce o hipervascularizare a țesuturilor, îndeosebi a zonelor erogene (pielea), cu lubrifierea vaginului și umflarea, urmată de rigiditate, a penisului. Această fază culminează cu congestionarea zonelor sexuale feminine (vulva, clitorisul, vaginul) și cu erecția totală (rigiditatea penisului). Respirația e mai gâfâită, ritmul cardiac crește, apar pete roșii pe corp, volumul sânilor se mărește.

— Fiziologic: are loc o modificare a stării de conștiență; vigilența se focalizează asupra anumitor factori excitanți și survine o rupătură cu mediul înconjurător.

Această fază de excitație depinde de ceea ce „am în minte”, de ceea ce „simt în corp”, de ceea ce „trăiesc împreună cu celălalt”. Trepiedul format din acești trei parametri este indispensabil.

Când excitația este în punctul culminant, toate aceste semne ating maximum: la bărbat, congestionarea sacului scrotal, ridicarea testiculelor; la femeie, erecția mameloanelor și a clitorisului. Se vorbește atunci de „platou” — perioada preorgasmică în care întregul corp este încordat înainte de „destindere”.

■ Faza orgasmică

Ea se caracterizează prin contracții musculare și se traduce, la bărbat, prin ejaculare, iar la femeie prin spasme uterine.

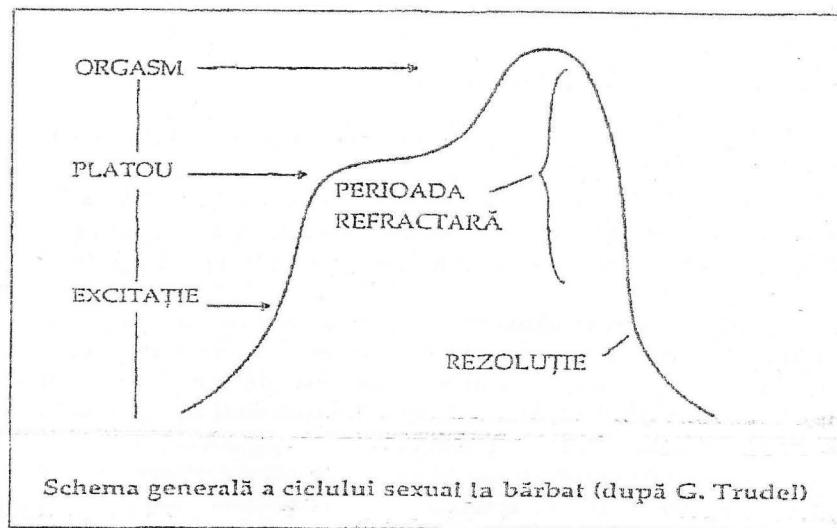
Este etapa ce corespunde unui maxim de juisare, mai presus de noțiunea de plăcere. Este o fază foarte scurtă: decontractarea corpului și a gândirii sau, în limbaj popular, „mică moarte”.

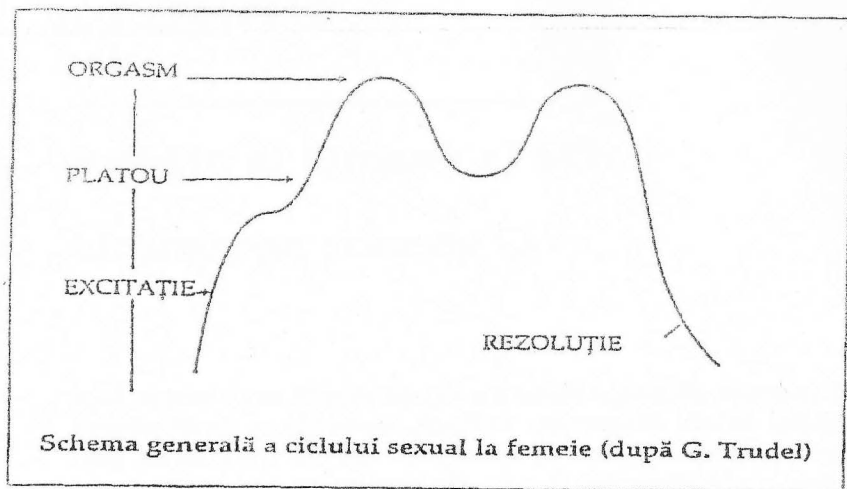
Orgasmul e variabil în privința intensității și a duratei, în funcție de experiența sexuală.

■ Faza refractară

— La bărbat: frecventă, fără a fi sistematică, se caracterizează prin imposibilitatea fiziologică de a reveni imediat la o stare de excitație și deci la erecție. Penetrarea este imposibilă, deși nu e vorba de o tulburare sexuală. Este o etapă normală de recuperare, care poate dura de la câteva secunde la câteva ore. Atât durată, cât și intensitatea acestei faze depind de diferiți factori, precum vârsta, excitația sau contextul afectiv.

— La femeie: nu există perioadă refractară, adică un prim orgasm poate fi urmat de alte orgasme sau să fie prelungit dacă excitația se menține la un anumit nivel de intensitate (diferit de la caz la caz). Această capacitate este legată de dezinhibiție. O femeie se poate juca cu „orgasmul” său, pentru că se detensionează mai încet; bărbatul își „controlează” mai greu faza de platou, el este în mod spontan mai rapid.





■ Faza rezoluției

Constă în revenirea treptată la starea inițială: flaciditate a penisului; lentă descongестie a țesuturilor și mușchilor vaginali; scăderea încordării fizice și psihice.

DE REȚINUT

- Motorul dorinței: poate fi armonia, complicitatea, dar și lipsa, absența, distanța.
- Motoarele excitației: imaginile mentale, emoțiile corporale, relația cu celălalt.
- Motorul mecanicii sexuale (al erecției sau al lubrifierii): excitația fizică și psihică.
- Motorul orgasmului: decontractarea, pierderea controlului, acceptarea riscului.

Șocul credințelor

Dincolo de mecanica sexuală și în strânsă colaborare cu organismul nostru, mai există și un travaliu al fantasmielor, al visărilor, în care se amestecă biografia noastră, apetiturile, frustrările și credințele noastre.

■ Bărbatul și eficacitatea

În miezul credințelor masculine privitoare la sexualitate stau noțiunile de eficacitate și de rezultat cu orice preț. Ne aflăm în competiție, ținem la reușită: e greu pentru un bărbat să-și imagineze că inițiază un joc sexual (alintări, dezmiertări) fără să meargă până la capăt (penetrarea); în schimb, el se poate foarte bine lipsi de cadru și poate face abstracție de ce este în jur.

Ceea ce contează este performanța și norma cantitativă. Totul se măsoară sau se calculează: lungimea sau diametrul sexului; momentul ejaculării; numărul de decibeli cu care femeia își exprimă plăcerea; frecvența raporturilor sexuale etc. E un pic caricatural, dar cât de bine-i face bărbatului!

Obligația de rezultat și importanța normelor cantitative explică de ce cele mai frecvente probleme sexuale masculine sunt și ele cuantificabile: se aduc în discuție tulburări de erecție sau de ejaculare.

■ Femeia și contextul

Caricaturizând un pic, s-ar putea spune că pentru femeie e valabil exact contrariul.

Ceea ce contează la ea sunt înainte de toate ambianța, climatul, cuvintele, gesturile, timpul care se scurge, dezmiertările, duioșia. Rezultatul sexual este de ordin secundar; dacă se produce, cu atât mai bine; dacă nu, nu-i neapărat

foarte grav, cu condiția doar ca femeia să se simtă respectată în jocul iubirii.

Când intervine un blocaj, problemele vor fi nu atât cantitative, cât subiective sau contextuale: va fi vorba despre tulburări ale dorinței sau ale plăcerii.

DE REȚINUT

La bărbat:

- Ciclul sexual (excitație, erecție, ejaculare) este în mod spontan rapid.
- Controlul reacțiilor este un act voluntar, care se învață.
- Climatul, ambianța, mediul înconjurător sunt adesea secundare.
- Rezultatul este esențial și direct proporțional cu eficacitatea și mecanica sexuală.

La femeie:

- Ciclul sexual (excitație, lubrifiere, orgasm) este în mod spontan lent și progresiv.
- Autoabandonarea și pierderea controlului stau la baza excitației și a orgasmului feminin. Orice element stânjenitor este de natură să blocheze această stare de abandon.
- Climatul afectiv este primordial, pe când rezultatul sexual poate fi secundar.

Bărbatul ar avea, așadar, de învățat să se controleze, să gestioneze, în timp ce femeia ar avea de experimentat starea de abandon.

CAPITOLUL 3

De la dorință la plăcere

O ucenicie permanentă

În materie de sexualitate nu există reguli universale, legi imuabile; există diferențe, variații, opoziții ce îmbogățesc comportamentul sexual al fiecăruia. Cu cât mă închid mai mult într-o atitudine rigidă și în niște principii normative („așa și nu altfel...”), cu atât risc mai mult să-mi sclerozez sexualitatea și să mă blochez.

Între natură și cultură

Deseori stabilim o distincție foarte netă între sexualitatea animală și sexualitatea umană. Prima ar fi instinctivă, naturală, comandată de biologie și de mecanismele neuro-hormonale; cea de a doua ar fi conștientă, învățată, legată de funcțiile afective și intelectuale.

Într-adevăr, la animal, manifestările sexuale apar în momentul când se atinge echilibrul hormonal (perioada de reproducere) și are ca finalitate supraviețuirea speciei. La om, în schimb, gândirea, imaginarul, capacitatea de anticipare fac din sexualitate un tărâm al jocului, iar în plus, grație contracepției, căutarea plăcerii este ferită de riscul fecundării.

Se întâmplă uneori ca utilizarea contracepției să omoare dorința, în măsura în care frustrarea și teama de risc constituiau factori de stimulare. Uneori, atâta vreme cât își mai

doresc copii, anumite femei resimt dorința doar în momentul ovulației; de îndată ce este împlinită această satisfacție, de îndată ce au devenit mame, dorința lor sexuală dispare pentru mult timp. Altele își întrerup sexualitatea în momentul menopauzei, nu doar datorită unei scăderi hormonale, ci și pentru că suprimarea sexualității-fecundare deschide calea opțiunii între a nu face nimic și a-ți dezvolta sexualitatea-plăcere (caz în care va trebui și să-ți „autorizezi” plăcerea!).

În timpul consultației, aud adesea spunându-se că sexualitatea este ceva ce ar trebui să funcționeze din prima și tot timpul. Și acest lucru este, în mare parte, fals. Chiar dacă există ceva ce depinde de hormoni și de ciclurile sexuale, sexualitatea umană rămâne totuși un lucru care se învață: este o adevărată artă să-ți controlezi excitația, să cunoști dorința, să trăiești orgasmul.

Pentru toate acestea este, desigur, nevoie de respect și încredere. Atenție, cuvintele sunt uneori mai periculoase decât gesturile, iar intenția investită într-o întâlnire este esențială! Hai să ne gândim: putem să fim „liberi” din punct de vedere sexual și să-i respectăm pe ceilalți; după cum putem să avem o sexualitate „bestială” și lipsită de respect, fiind cât se poate de tradiționali în gesturi.

REȚINEȚI

Dacă actul pur sexual, penetrarea, este natural, atunci jocul amoros și erotic se învață, se dobândește și se cultivă.

Între tabu, permisivitate și trăire deplină

Sexualitatea se află prinsă între două discursuri și două atitudini extreme: de o parte bestialitatea, obscenitatea, lucrul interzis, teama, vinovăția, iar de cealaltă excesul, plăcerea imediată, permisivitatea neîngrădită și, câteodată, lipsa de respect față de celălalt sau chiar și față de sine.

La mijloc s-ar afla sexualitatea „corectă” sau, oricum, cea „normală” în sens statistic. Cu toate acestea, știu cu toții că răspunsurile date în sondaje depind de modul de formulare a întrebărilor, de persoana care le pune, uneori și de contextul de viață în care se găsește persoana chestionată... De teamă de a nu fi anormali, răspundem întotdeauna mai pozitiv decât stau lucrurile în fapt.

În comparație cu sexualitatea animală, care este naturală și limitată, sexualitatea umană este mai bogată, mai complexă și, de asemenea, mai liberă:

— Poți opta să aderi la discursul tradițional, potrivit căruia sexualitatea are o finalitate precisă: copiii, familia. Te apropii atunci de modelul biologic, ceea ce, evident, nu împiedică existența sentimentelor de dragoste.

— Te poți lansa în căutarea mereu nesatisfăcută a unei plăceri tot mai intense: este riscul pe care și-l asumă toți cei ce caută întruna senzații tari, experiențe noi, modalități de autodepășire, de transgresare a limitelor, rezultatul fiind uneori suferința și „devianța”.

— Te poți decide să pornești spre descoperirea abandonului de sine în doi, în respectul dorinței fiecăruia și fiind receptiv la celălalt.

Împlinirea sexuală se va situa între excesul de constrângere și insuficiența îngrădirilor. Fiecare din noi învață și își cultivă sexualitatea cât trăiește. Deși în fiecare moment avem nevoie de repere, eu sunt de fiecare dată cel ce trebuie să se ocupe de mine, să mă privească, să mă cunoască, să mă întrebe ce doresc, în loc să considere că partenerul trebuie să știe totul, ori să invoce norme date de-a gata, care nu-mi corespund.

Le reamintesc adesea pacienților mei că atunci când norma, mecanica sau rezultatul cu orice preț trec pe primul plan, corpul se răzbună, apar pene sexuale, sexul intră „în grevă”.

Între trecut și prezent

Cu toții am moștenit o istorie — cea a copilăriei și adolescenței noastre, cu plusurile și minusurile ei. Această istorie constă din ceea ce părinții ne-au „învățat” și „lăsat moștenire”, conștient sau nu, în chip mai fericit sau mai puțin fericit. Părinții noștri au învățat ei înșiși de la părinții lor. Referințele lor devin și ale noastre.

Această moștenire familială și culturală modelează comportamente și credințe ce pot juca un rol în apariția și dăinuirea anumitor probleme sexuale.

Maria-Cristina și-a început viața sexuală cu viitorul ei soț la vârsta de 23 de ani, spunându-și în sinea sa că primul raport sexual nu poate fi decât dureros și abject. Ea prelua astfel, fără nici o distanță, discursul și credința despre bărbați ale mamei sale: „Ei sunt cu gândul numai la asta! E dureros, ai să vezi, vei sângera!”

Trecerea de la trecut la prezent, fie că se face cuminte sau nu, este o chestiune de timp, dar este necesară pentru împlinirea personală, ne permite să existăm ca indivizi, să trecem de la „nu trebuie”, „asta nu se face”, „așa nu-i bine” la un discurs mai autonom: „dacă vreau, pot”; „dacă am poftă, încerc, dar...”; „pot și să n-o fac, e la latitudinea mea...”.

Pierette se bloca la orice tentativă de raport sexual. De îndată ce simțea că excitația crește, îi apărea în minte chipul mamei, imaginea interdicției care alunga orice plăcere. Păstrarea mamei în minte și deci în dormitor, era un mod de a rămâne fetița care „face năzbătii”. A o alunga pe mamă din minte și, deci, din dormitor însemna a deveni femeie, capabilă de a-și trăi viața sexuală.

REȚINEȚI

A discuta despre propriile credințe înseamnă deja a-ți înmădă pozițiile, a imagina alte soluții, a evolua, a te schimba. Înseamnă a-ți îngădui lărgirea potențialului de reacție, respectându-ți propria persoană.

Între gândire și emoție

Aud adesea spunându-se că „totul e în cap” sau că „e mizerabil tot ce se petrece de la brâu în jos”. În fapt, optimul constă în imbinarea dintre imaginar și real. Ambele componente sunt necesare împlinirii sexuale.

Din imaginarul nostru fac parte priveliști, scenari, istorii care adesea ni se par perverse, anormale, excesive: e un adevărat defuloar pe care câteodată spiritul nostru moral îl judecă cu asprime („nu se cade să te gândești la asta, e ceva rău, murdar...”).

Adevărul e că imaginarul nostru erotic poate fi mai mult sau mai puțin blând sau provocator, mai „soft” sau mai „hard”. E un fel de film, uneori „interzis minorilor sub 16 ani”, care declanșează dorința dacă îl accept, dar conduce la blocajul dorinței dacă-l refuz dintr-un sentiment de vinovăție. Imaginația noastră ne permite să-i modificăm scenariul după plac, după poftele noastre: mă includ în el sau nu; reamenajez contextul și îi adaug personaje; schimb finalul etc.

În mod concret, realitatea o trăim ca pe un amestec subtil, mai mult sau mai puțin asumat, mai mult sau mai puțin combătut, între următoarele două entități: morala, care ne vine din viața trecută, care ne dictează principii, legi, interdicții, care ne dă un cadru; și pulsunile, care corespund dezlanțuirii totale a fantasmelor noastre și cu care trebuie să negociem dacă nu vrem să trăim într-o lume de reproșuri, de culpabilitate, de suferințe.

Thierry crede că ceea ce vede în filmele pornografice corespunde sexualității „normale”. Nu-și imagina că partenera sa ar putea vedea altfel lucrurile sau ar putea să aibă alte așteptări.

Claudine refuza plăcerea de când a devenit conștientă de fantasmele sale homosexuale ca sursă de excitație în timpul raporturilor sexuale cu soțul. N-avea în nici un moment dorința de a-și pune în practică fantasmele homosexuale (care nu făceau din ea o homosexuală). Înțelegerea rolului fantasmelor i-a permis să se deculpabilizeze și să-și regleze problema anorgasmiei.

REȚINEȚI

Fantasma, scenariu adesea fără limită, câteodată pervers, nu trebuie în principiu trăit în realitate, pentru că își pierde din puterea de excitație. Fantezia e o formă „edulcorată”, ușoară și blândă a fantasmei. Ea este de multe ori împărtășită cu partenerul. Este un scenariu „picant”, trăit și acceptat în cuplu.

Între imediat și durată

Timpul și durata joacă un rol esențial în dezvoltarea relației sexuale.

■ *Imediatul: excitație sau teamă*

Există în reacția sexuală imediată expresia unei pulsioni neînfrânate, trăite dincolo de cotidian, dincolo de realitate. Orice am face, ea este bună de luat ca atare, dar poate nu și bună de păstrat. Chiar dacă există probleme sexuale, ele sunt secundare; nu ne fixăm asupra lor, pentru că totul e pasionant și efemer.

De multe ori, un cuplu va trebui să aleagă, după această perioadă de ardoare și pasiune, între a rămâne pe loc sau a merge mai departe și a se înscrie în timp. Ceea ce modifică,

vrând-nevrând, sexualitatea. Aceasta nu va mai fi la fel de dezlănțuită; va trebui să fie învățată, cultivată pe termen lung.

Acum, după perioada de pasiune, în mod normal iese la iveală realitatea sentimentelor și a carențelor sexuale. Deseori le spun pacienților mei că de-a lungul perioadei de pasiune amoroasă totul e cum nu se poate mai bine; chiar dacă sexualitatea e nulă, ea este totuși o încântare. Domnește o asemenea confuzie încât nimic nu constituie o problemă, poate doar ceilalți. Când revenim cu picioarele pe pământ, realitatea începe să cearmă, iar factorul „durată” selecționează cuplurile care vor dăinui.

■ *Durata: liniștire sau plictis?*

Vin la mine cu regularitate bărbați și femei care nu sunt atrași decât de intensitatea unei relații momentane, puternice și violente. De îndată ce intensitatea scade, survine despărțirea și căutarea unei noi pasiuni: durata ucide dorința. Alții, în schimb, nu se pot „elibera” decât cu condiția de a trăi în deplină încredere o relație stabilă și durabilă: aventura imediată e prea generatoare de panică, pasiunea e prea violentă; doar învățarea progresivă permite puțin câte puțin liniștirea sexuală. Pe măsură ce timpul trece, începe să se pună problema menținerii dorinței.

Un cuplu în care partenerii se cunosc de mai mulți ani nu mai e cufundat în pasiune, în emoțiile tari care scapă controlului. Spre a putea menține dorința și a evita căderea în purul igienism sexual, trebuie, în mod paradoxal, ca partenerii să învețe să se folosească de absența celui alt, de distanță și să valorifice tot ce se poate opune repetiției monotone a actelor și comportamentelor („o fac doar pentru că nu am ceea ce aș pofti”).

Timpul petrecut zi de zi împreună permite înțelegerea nevoilor diferite ale cuplurilor. Unele o duc bine pentru că partenerii se văd rar: la ei rutina duce la conflicte. Alții,

dimpotrivă, pentru a fi fericiți, simt nevoia de a trăi totul în comun, zi după zi, în deplină siguranță. Alții, în fine, divorțează în momentul pensionării, când ajung să se afle împreună douăzeci și patru de ore din douăzeci și patru, nemaiaivând viață personală (înainte, când lucrau, nu se vedeau decât câte două, trei ore seara, aveau ce să-și spună, să-și împărtășească).

A crea o distanță pe parcursul zilei, a-și acorda o anumită autonomie, a se regăsi pentru a face schimb de emoții personale — toate acestea permit o conviețuire mai bună.

REȚINEȚI

Pentru un cuplu încheșat, este necesară cultivarea sexualității și a afectivității, spre a nu se instala monotonia și a se evita riscul adormirii sexuale. Cu cât un cuplu înaintează în vârstă și în durată, cu atât mai puțin poate să-și permită să facă indiferent ce în materie de sexualitate.

Între senzorialitate și genitalitate

Sexualitatea umană nu se reduce la penetrare și la abordarea zonelor sexuale. Ea integrează totalitatea corpului și a imaginărilor în experiența amoroasă.

■ *Simțurile, cu și fără sex*

De foarte multe ori, întâlnirea dintre două ființe debutează cu o căutare senzorială. Apoi, treptat sau, câteodată, foarte rapid, sexualitatea cuplului se focalizează asupra genitalității, în detrimentul senzualității.

La consultații se constată că una din cauzele de căpetenie ale inhibării dorinței se leagă de această focalizare asupra zonelor genitale și de dezinvestirea corpului în globalitatea lui. Pe măsură ce cuplul înaintează în timp, mângâierile,

săruturile, cuvintele se pierd. Treptat survine uitarea simțurilor și precipitarea asupra zonelor sexuale primare (penisul, vulva, vaginul, sânii).

Frecventă la bărbat, această evoluție spre sexualitatea genitală se cere pusă în relație cu primatul performanței în sexualitatea masculină*. Pentru a privilegia corpul, simțurile, zonele erogene primare și secundare, întregul și nu „părțile”, trebuie abandonată credința că ținta cu orice preț este „sacro-santa penetrare”.

O femeie trece prin senzualitate înainte de a continua spre sexualitate. Uneori, chiar, ea va fi satisfăcută și fără a ajunge la etapa sexuală. N-aș zice chiar la fel despre bărbați, cărora le vine mai greu să dezmiere fără a ajunge cu mâinile și „mai jos”.

René și Jocelyne se tot certau de când ea nu mai avea poftă și nu mai simțea plăcere. El spunea: — Dacă tu ai veni spre mine, aș fi mai drăgăstos, mai tandru.

Ea spunea: — Dacă tu ai fi mai tandru în viața de fiecare zi, n-aș fi așa de blocată. Nu mai vin spre tine pentru că știu că vrei să mergi până la capăt. Iar eu, uneori, nu vreau decât dezmiere. El răspundea: — E normal: tu nu-mi dai nimic. Și atunci, când totuși accepți puțin, eu profit.

REȚINEȚI

Se zice adesea, și pe bună dreptate, că bărbatul e sexual înainte de a fi senzual: nu a fost învățat să alinte, iar în afară de asta, alintatul e ceva „feminin”...

■ *Importanța simțurilor*

Toate simțurile își au locul lor în sexualitate.

Cunoaștem rolul vederii în apropierea erotică de un partener: cei doi se privesc în ochi, fiecare vede ce-l atrage,

* Vezi capitolul „Masculin, feminin”, p. 31.

fiecare este văzut și captat atrăgând atenția. Pentru a trezi acest simț, se folosesc tot felul de strategii. La fel se întâmplă cu pipăitul, prelungire a privirii, abordare personalizată de la corp la corp. Între ochi și piele intervine urechea: ceea ce aud, sunetele, cuvintele, melodiile purtătoare de povești și de senzații. Este organul de comunicare cu vederea și cu pipăitul. Aceste trei simțuri de bază fac parte integrantă din comunicarea senzorială, care va deveni senzuală dacă așa decid partenerii.

În afară de gust, de a cărui existență ne amintim cel mai des pentru că ne agresează (gustul pielii în salivă), mai este un simț foarte important: cel olfactiv. Este cel mai vechi dintre cele cinci simțuri ale noastre, cel mai important în lumea animală și cel mai marginal la om. Și totuși, astăzi e dovedit că avem două nasuri: unul „gânditor”, însărcinat cu percepția conștientă a mirosurilor, celălalt „sexual”, capabil să simtă feromonii, substanțele secretate în exteriorul corpului, răspunzătoare în parte de atracția sexuală...

■ *Simțurile care ucid sau exaltă dragostea*

Pe plan sexual, fiecare simț poate avea un efect incitativ sau unul disuasiv. Această diferență și această specificitate sunt înscrise în istoria noastră, ca niște amprente memorizate. Atunci când privesc, ascult sau pipăi, în joc e nu doar simțul solicitat de clipă, ci și întreaga istorie a acestui simț.

La consultații m-a frapat nu o dată importanța simțurilor în blocajul sexual. E cu adevărat o problemă sau e doar un pretext? Depinde, evident, de la caz la caz. Cu toate acestea: a auzi „guițatul” patului sau a mângâia o piele jilavă n-are întotdeauna cel mai bun efect. Deși, pentru unii... *A contrario*, a simți pe corpul celuilalt parfumul care-ți place sau a auzi anumite cuvinte de dragoste poate fi de mare efect, însă... fiecare cu gusturile sale.

REȚINEȚI

Comunicarea senzorială face parte din sexualitate. Ea este indispensabilă actului de amor.

Vă propun de pe acum un prim test pentru dumneavoastră și partenera/partenerul dumneavoastră. El vă va ajuta la căutarea de soluții.

■ *Testați-vă propria senzorialitate și pe cea a parteneriei/partenerului*

Unii se împacă mai bine cu cutare simț; alții se blochează foarte repede cu cutare altul. Alții, iarăși, se pot juca deopotrivă cu toate. Limbajul sexual, pe lângă cuvinte, este și un limbaj al simțurilor. Este deci esențial să știi cu care din simțuri te împaci sau nu te împaci bine; aceasta înlesnește comunicarea în doi.

1. Explorați-vă fiecare din simțuri făcând de fiecare dată abstracție de toate celelalte.

> Pipăitul

Nu-i vorba doar de atingerea corpului cu mâinile sau cu degetele. E vorba de contactul oricăreia din părțile corpului cu oricare alta (gură, buze, limbă, sex, piele) și de toate combinațiile posibile. Mai e și contactul cu o țesătură (o haină, de exemplu) sau cu secreții (sperma, de exemplu). Pipăitul e asociat și cu presiunea mângâierilor, care pot fi resimțite pozitiv sau negativ.

> Văzul

Este vorba de privirea corpului meu, a corpului parteneriei/partenerului, gol sau îmbrăcat, de vederea mișcărilor, a

pozițiilor, a corpului excitat. Mai este și vederea locului în care se desfășoară jocul amoros. Și, în fine, este vorba de ceea ce văd închizând ochii (fantasme, gânduri, imagini, spaime).

➤ Auzul

E vorba de sunete, de cuvintele rostite, de muzica limbajului, de a mă asculta și auzi deopotrivă pe mine, ca și pe partenera mea/ partenerul meu. Mai e și contextul, pozitiv sau negativ: ambianța, zgomotele plăcute sau neplăcute, ceea ce îmi excită dorința sau o parazitează.

➤ Gustul

Este contactul salivei mele, al limbii mele, al palatului meu cu corpul partenerei/partenerului (oricare ar fi această zonă a corpului). Gustul se apropie adesea de miros: de multe ori, când gust ceva, în același timp îi simt mirosul. Există gust amar, acru, dulce sau fad al pielii, al salivei, al mucoaselor, al secrețiilor.

➤ Mirosul

E vorba de mirosurile naturale ale corpului (răsuflarea, sudoarea, secrețiile etc.), dar și de parfumurile asociate erotismului sau obiceiurilor cotidiene. Apoi, de asemenea, de mirosurile din jur, din mediul înconjurător.

2. Puneți-vă acum următoarele întrebări:

— Cu care din simțuri mă împac cel mai bine? Dar cel mai rău?

— Cu care din simțuri se împacă cel mai bine partenera mea/ partenerul meu? Cu care cel mai rău?

— Care sunt combinațiile de simțuri pe care le prefer? Ce preferă partenera mea/partenerul meu?

— Care simț mă excită cel mai mult? Dar pe partenera mea/partenerul meu?

— Care simț mă blochează cel mai mult? Dar pe partenera mea/ partenerul meu?

— Este la curent partenera mea/partenerul meu cu ceea ce mie îmi place sau displace cel mai mult pe plan senzorial?

— Sunt eu la curent cu ceea ce-i place, respectiv displace cel mai mult partenerei mele/partenerului meu?

— Știu oare ce ambianță, ce climat senzorial favorizează sexualitatea partenerei mele/ partenerului meu?

— Știe oare partenera mea/partenerul meu ce ambianță, ce climat favorizează sexualitatea mea?

DE REȚINUT

- Sexualitatea este o ucenicie permanentă cât timp trăim.
- Nu credeți, din principiu, tot ce vi se povestește sau tot ce vedeți (în particular, statisticile privind comportamentul sexual).
- Faceți-vă singuri propria sexualitate: alegerea dumneavoastră trebuie să fie a dumneavoastră, nu cea dată de o normă. Nu uitați, totodată, că libertatea nu rezidă în absența oricărui cadru sau într-o permisivitate generalizată.
- Acordați-vă încredere și respect.

Mici pene sau tulburări propriu-zise?

Ceea ce trebuie știut

Criteriul

Se poate vorbi de probleme sexuale din momentul când ceva din sexualitatea noastră ne neliniștește, ne complexează sau ne face să suferim. Intensitatea și durata anomaliei resimțite sunt cele ce trebuie să ne alerteze și să ne facă să reacționăm.

REȚINEȚI

O tulburare sexuală reprezintă o problemă dacă ne pricinuieste suferință, ne invadează gândurile în așa măsură încât ne face să ne pierdem capacitatea de a cumpăni, de a lua distanță, dacă ne parazitează viața de fiecare zi, viața de cuplu, dacă atrage după sine inconveniente fizice sau psihice.

Nu uitați, totuși, că suferința e personală, specifică fiecăruia. Ea nu poate fi comparată cu suferința altcuiva și nu este întotdeauna înțeleasă de către soț/soție.

De când a survenit, la doi ani după căsătorie, prima pană sexuală, Jérôme, în vârstă de 28 de ani, simte, în cursul preliminarilor și la fiecare solicitare a soției sale, o tensiune în abdomen, o crispare în stomac, transpirații, nădușeli, o accelerare a ritmului cardiac.

„Simțeam că-mi ies din mînți, nu mai puteam suporta această stare. Mă gîndeam la asta tot timpul, din clipa cînd mă întorceam de la serviciu”. Era cuprins de o adevărată panică în timpul raporturilor sexuale iar în timpul zilei simțea o anxietate anticipatorie.

Annie, în vîrstă de 24 de ani, se plîngea de contractură vaginală, care-i pricinuia durere la penetrare. Se temea în așa măsură de tentativele de raport sexual, încît își strîngea pînă la durere coapsele, fesele, abdomenul. Simplul fapt de a-l vedea pe soț apropiindu-se îi declanșa aceste tulburări. „Penisul, spunea ea, devenise un obiect oribil, enorm. Era ca și cum, vîzîndu-l pe soț, nu vedeam altceva decît un mîdular”.

Pierre, în vîrstă de 36 de ani, n-a cunoscut partenere feminină decît foarte tîrziu. Sexualitatea nu-l interesează prea mult. Vine la consultație împins de prietena sa, care nici ea nu pare foarte interesată de sex. Ceea ce o preocupă este să aibă un copil. Are Pierre vreo problemă? Din punctul lui de vedere, nu; din cel al soției, cu siguranță, da!

Bernadette, 25 de ani, nu suportă că soțul său face amor în cinci minute. Îl acuză că nu înțelege că ei i-ar plăcea mai mult alintările, tandrețea, cuvintele. Singura problemă e că ea așteaptă ca el să ghicească. A cui e problema? A celui ce se precipită sau a celei care nu spune ce o deranjează?

Luc, 38 de ani, se plînge de puținul interes pe care-l arată soția sa sexualității. Dacă viața lor sexuală ar fi mai satisfăcătoare, el ar fi mai drăguț cu ea. Soția sa răspunde că dacă el ar fi mai curtenitor în viața de fiecare zi, dacă ar participa mai mult la treburile casei și la educația copiilor, ar avea și ea mai multă dorință. A cui e problema? A celui care vede în sex soluția, sau a celei care, pentru a avea raporturi sexuale, vrea o viață cotidiană perfectă?

Virginia, 26 de ani, vine la consultație pentru că soțului i se pare că ea nu simte plăcere.

— Dumneata simți că totul e în regulă?

— Da, e perfect, domnule doctor, simt plăcere, îmi convine, e a-ntîia...

— Ce deosebire faci între plăcere și orgasm?

— Nu știu, dar așa cum e, mi-e bine.

Pentru Virginia, deci, nu sunt probleme. Soțul său e cel ce ar vrea s-o audă țipînd, s-o vadă mișcîndu-se. Pentru el, asta ar însemna că femeia are orgasm. A cui e problema?

SCARA VIZUALĂ

Spre a vă da seama de nivelul dumneavoastră actual de satisfacție sau insatisfacție, folosiți scara vizuală de mai jos. Pe o linie mergînd de la 0 la 10, vă simțiți din punct de vedere sexual:

0 _____ 10
Fără nici o dificultate În foarte mare dificultate

Marcați printr-o liniuță locul în care vă situați.

Dacă vă decideți să rezolvați problema dumneavoastră sexuală, veți putea să vă puneți din nou întrebarea de aici în cursul programului de schimbare și apoi la sfîrșitul autotratamentului urmat.

Falsele probleme

■ Penele „normale”

În anumite condiții particulare — stare depresivă, oboseală consecutivă unei intervenții chirurgicale, tratament medicamentos —, e normal să aveți pene sexuale. De mirare ar fi dacă nu s-ar întîmpla așa, dacă ați avea reacții sexuale normale atunci cînd contextul e potrivit oricărei sexualități.

■ Reacțiile fals „anormale”

Cîteodată e percepută ca problemă o reacție sexuală „normală”, dar care nu corespunde normei „mele”.

— Domnu' doctor, am doar două raporturi sexuale pe săptămână. E o problemă?

— De ce ar fi o problemă faptul de a avea doar două raporturi sexuale pe săptămână? Pornind de la ce criteriu, după dumneavoastră, n-ar mai fi o problemă? Ați întrebat pe soția/soțul dumneavoastră dacă are același criteriu?

■ Falsele pene

Este vorba, în realitate, de reacții normale și fără urmări: pierderea erecției la sfârșitul raportului sexual; apariția mai lentă a erecției odată cu vârsta; uscarea pereților vaginali la femeia aflată la menopauză etc. Un sexagenar care vrea să repete raporturi sexuale în aceeași zi poate avea dificultăți în a regăsi rapid o a doua erecție, fără ca aceasta să constituie cu adevărat o problemă.

Când ajungem să ne dăm seama că sexualitatea e o apropiere senzuală, erotică și care nu se rezumă la mecanică și la obținerea de rezultate, vom putea înțelege și faptul că reacția sexuală a bărbatului și cea a femeii variază în cursul întâlnirii și al relației amoroase.

REȚINEȚI

Nu există reacție sexuală statică, prin care ar trebui în mod „normal” să trecem și prin care s-ar defini o sexualitate „bună”.

Între începutul și sfârșitul raportului sexual, reacțiile sunt dinamice, totul se modifică. Se produc variații perfect normale în ceea ce privește:

- calitatea și tonicitatea erecției, care variază în cursul raportului sexual;
- elasticitatea, lubrifierea, tonicitatea vaginului.

E normal să se constate scăderi ale erecției sau ale lubrifierii în cursul raporturilor sexuale, dat fiind că aceste fenomene sunt în funcție de excitație, care fluctuează în funcție de ceea ce facem, gândim sau simțim în timpul raportului sexual.

Așadar, să nu trăim nicidecum sub dictatura reușitei, căci ea e mijlocul cel mai sigur de a genera, de a crea noi înșine probleme acolo unde de fapt nu sunt. Dacă am înțeles asta, am înțeles totul în privința funcției sexuale.

REȚINEȚI

Nu vă duceți cu gândul la boală în caz de „false” probleme sau când ceva nu merge așa cum v-ați propus sau nu se potrivește cu așteptările dumneavoastră. Altminteri riscați să transformați un mărunț incident în patologie.

Probleme de vocabular

În fața unei probleme sexuale, se poate vorbi de pană, de tulburare sau de „disfuncție”.

— „Până”: problema se ivește pe o durată scurtă și se rezolvă de la sine.

— „Tulburare”: se menține mai mult timp și are o origine mai veche.

— „Disfuncție sexuală”: termen generic pentru desemnarea existenței unei probleme. Printre cele mai frecvente disfuncții sexuale se numără absența erecției (anerecția), absența ejaculării (anejacularea) și absența orgasmului (anorgasmia).

În toate acestea, evident, e vorba de cum folosim niște cuvinte. Important e ceea ce punem în spatele cutărui cuvânt și, mai ales, angoasa ca tulburarea să nu se repete.

— Domnu' doctor, am o pană sexuală. Și cum începe să dureze...

— De cât timp durează această pană?

— De cîșpe zile...

În spatele urgenței se află foarte des nevoia de a reveni la o normă, de teama de cronicizare. Pana devine atunci o problemă, iar problema devine boală.

REȚINEȚI

Putem face cu adevărat o boală dintr-o pană sau tulburare ce s-ar putea rezolva spontan, sau prin sfaturi de bun-simț, sau printr-un ajutor din afară.

În plus, anumite cuvinte sunt purtătoare de angoasă, iar noi avem tendința de a le „lipi” un pic prea repede pe probleme cu care ne întâlnim. E ceea ce se întâmplă îndeosebi cu impotența (masculină) și cu frigiditatea (feminină), care par să epuizeze, ele două, toate tulburările sexuale posibile! Or, acești doi termeni au o conotație peiorativă, dureroasă și pentru multă lume sunt sinonimi cu o tară incurabilă...

Probleme în spatele cărora se ascund altele

O pană sexuală are caracter acut și se poate rezolva de la sine. O tulburare sexuală, în schimb, poate evolua, iar simptomul care ne alertează poate să nu fie decât încheierea unui lung proces.

REȚINEȚI

Cu cât o problemă trenează mai mult, cu cât se repetă mai des, cu atât se înscrie mai mult în parcursul unui individ și al unui cuplu. O tulburare care durează mai multe luni va infiltra și invadea viața persoanei în cauză și va genera alte probleme.

■ Problema e trecută sau prezentă

Există o continuitate între o tulburare parțială și una totală, între o tulburare circumstanțială și una permanentă, între o tulburare veche și una recentă. Astfel:

— O tulburare parțială a erecției cu erecție semimoale sau semirigidă poate evolua spre o absență totală de erecție (numită „anerecție”).

— O inhibiție a dorinței ivită în anumite circumstanțe particulare (în funcție de situație și de partener(ă)) poate evolua până la dezgust sexual permanent (aversiune sexuală).

— O diminuare sau o absență a reacției de excitație (anestezie a corpului) poate antrena dureri în momentul contactului sexual (dispareunie), iar apoi să evolueze spre absența plăcerii (anorgasmie) sau a dorinței.

— O durere genitală masculină poate antrena o ejaculare rapidă sau una întârziată și poate evolua spre o absență a erecției, apoi spre absența dorinței.

— O durere genitală la femeie poate duce la un veritabil spasm muscular, antrenând imposibilitatea penetrării (vaginism reacțional).

— O ejaculare rapidă în timpul penetrării poate evolua spre o ejaculare rapidă chiar anterioară penetrării (ejaculare *ante portas*).

— O ejaculare întârziată poate evolua spre absența ejaculării (anejaculare), după cum un orgasm întârziat (oricare ar fi sursele de stimulare) poate evolua spre absența totală a orgasmului.

Deseori îmi vin la consultație bărbați și femei a căror problemă aparentă nu este decât consecința cronică a unei probleme mai vechi, care a evoluat timp de luni sau ani de zile. Iată de ce este foarte important să ne cunoaștem propria istorie sexuală dacă vrem să decriptăm ce se ascunde uneori în spatele a ceea ce ne supără în prezent*.

* Vom reveni mai pe larg asupra acestei chestiuni la p. 81.

Problema evoluează cu timpul

Evoluția unei tulburări sexuale poate conduce și la prezența simultană a mai multor tulburări care s-au înlănțuit între ele în timp. Atunci e important să putem regăsi traseul exact pe care l-a urmat problema, uneori de ani de zile.

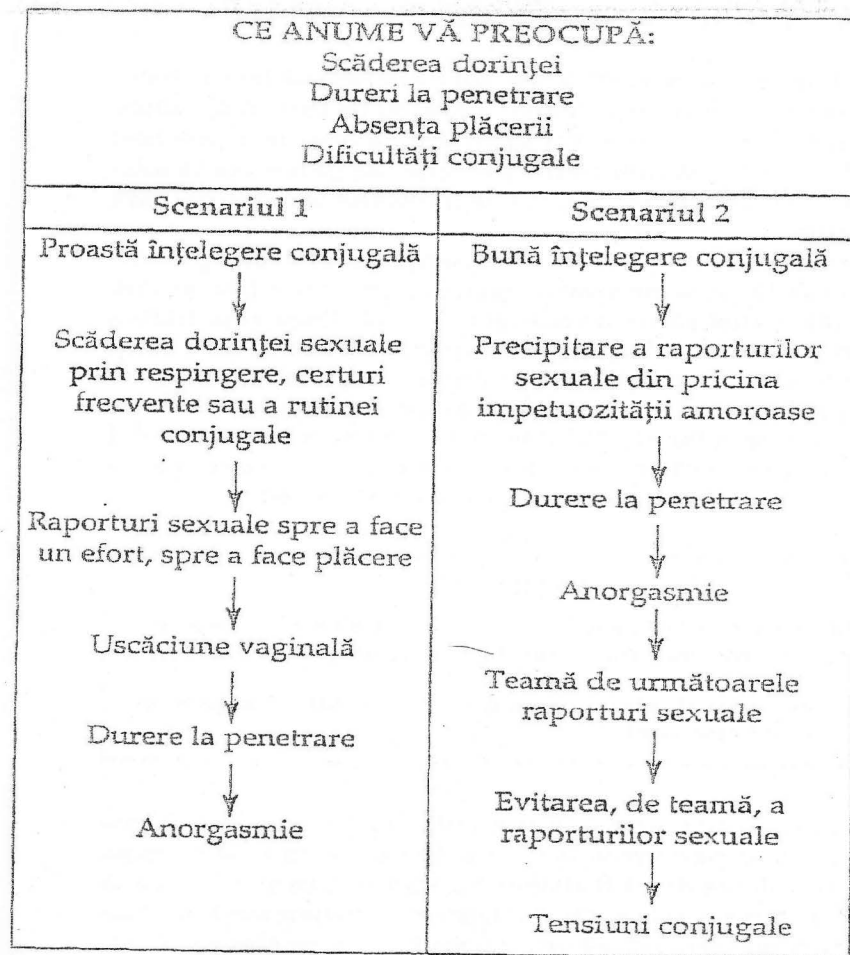
Iată două exemple de înlănțuire care totuși ajung ambele la aceleași neliniști.

Scenariul 1

O proastă înțelegere conjugală a antrenat la dumneavoastră o scădere a dorinței sexuale (nu mai am chef de o astfel de dorință, pentru că ieri ne-am certat). Această scădere a dorinței a antrenat o uscăciune vaginală și dureri la penetrare în timpul raporturilor următoare (ați vrut să faceți plăcere sau faceți un efort). Una peste alta, constatați la dumneavoastră o certă lipsă de plăcere...

Scenariul 2

În ciuda unei bune înțelegeri conjugale, s-a produs o precipitare sexuală, fie datorită unei atracții „impetuoase”, fie ca efect al rutinei. Dintr-o dată au apărut dureri în momentul penetrării și acum vă e teamă de viitoarele apropieri sexuale. Cu timpul, sfârșiți chiar prin a evita orice raport sexual, din pricina anticipării eșecului și a durerii. De unde scăderea dorinței, lipsa de plăcere și tensiunea care s-a instalat de la o vreme în cuplul dumneavoastră.



Astfel, două femei pot prezenta o aceeași problemă de anorgasmie, având totuși antecedente foarte diferite, care se cer rememorate.

■ Problemele se leagă între ele

Se întâmplă, în fine, ca la cei doi parteneri să fie prezente probleme legate între ele. Astfel, e posibil ca femeia să sufere de absența dorinței, iar soțul să sufere de ejaculare precoce; sau bărbatul să aibă tulburări de erecție, iar partenera să aibă vaginism. Această asociere e foarte frecventă la cuplurile care vin la mine.

În primul caz este tentant ca absența dorinței și a plăcerii la femeie să fie puse pe seama ejaculării precoce a bărbatului. S-ar putea totuși să fie o judecată pripită. Dacă rapiditatea ejaculării poate, ce-i drept, frâna capacitatea femeii de a simți plăcere și deci dorință, se mai întâmplă și ca tratamentul primei probleme să nu o amelioreze pe cea de a doua. Ba se poate produce chiar efectul invers, iar în urma tratamentului ejaculării precoce să apară o anorgasmie la o femeie care avea dorință atunci când partenerul ejacula prea repede.

REȚINEȚI

O problemă la unul din soți poate cauza o problemă la celălalt. Tratamentul unei probleme la unul din ei poate genera o problemă la celălalt. Problemele unuia și cele ale celuilalt se pot amplifica reciproc sau pot evolua independent.

Tot așa, un bărbat poate prezenta erecții pe deplin satisfăcătoare când partenera sa suferă de vaginism și să înceapă să aibă probleme după tratamentul acestuia, ca și cum teama de eșec ar surveni acum, când raporturile sexuale sunt posibile (înainte, când penetrarea era imposibilă, el se simțea încrezător, pentru că nu era pus în situația de a-și dovedi competențele sexuale).

DE REȚINUT

Pentru a identifica și a înțelege mai bine o problemă sexuală, trebuie știut că:

1. A discuta despre sexualitate nu-i niciodată simplu și ușor.
2. Abordarea sexualității trebuie făcută cu respect — față de sine și față de celălalt.
3. Reflecția în doi și comunicarea sunt esențiale: fiecare trebuie ascultat.
4. Există întotdeauna mai mulți factori, care doar luați împreună explică problema sexuală.
5. Greșeala sau răspunderea nu trebuie căutate sistematic la celălalt sau în afara cuplului.
6. Vizunea despre sexualitate a bărbatului și cea a femeii sunt foarte diferite: eu n-aș face niciodată dintr-o femeie un bărbat, și nici invers.
7. Nu există sănătate sexuală perfectă, fără pană.
8. O problemă sexuală nu se rezolvă ducându-te să cauți în altă parte.
9. Uneori e util să fie cerut sfatul unei a treia persoane (unui medic, de pildă) pentru a lămuri întrebările pe care ni le punem.

PARTEA A DOUA

Care e cu adevărat problema?

*Evaluarea propriului
comportament sexual*

Cum vă percepeți situația ?

Oricare ar fi tulburarea sexuală, ea poate fi analizată, citită și decriptată în patru moduri diferite. Trebuie știut că, în confruntarea cu o problemă, avem întotdeauna mai multe registre, care se exprimă în funcție de istoria noastră, de personalitatea noastră, de modul nostru de a fi. Există:

1. Registrul corpului, al emoțiilor.
2. Registrul gândurilor, al cognițiilor.
3. Registrul comportamentelor, al actelor.
4. Registrul anturajului (reacția celui alt față de problema mea).

Fiecare din aceste sectoare poate fi zdruncinat din diferite motive, despre care vom vorbi mai încolo; totodată el poate fragiliza celelalte sectoare: imaginea negativă despre sine (despre corp) poate accentua ruminările (gândurile), poate agrava ritualurile de repetiție (comportamentele) și poate destabiliza cuplul (anturajul).

Când au o problemă sexuală, unii reacționează în corpul lor (panică anxioasă, stres); alții în capul lor (ruminări, scenarii catastrofice, fantasme obsedante); alții în comportament (fugă sau repetare a raporturilor sexuale); sunt și unii care nu reacționează, dar o face partenerul lor. Consecințele merg, de aceea, de la indiferență la agresivitate față de sine (depresie, culpabilitate) sau față de celălalt (proiectarea reponsabilității

asupra soțului/soției), trecând prin compensare („am alte lucruri, mai importante, de făcut...”) sau prin obsesia reușitei.

Exemple de exprimare a problemelor sexuale			
Corpul, emoțiile	Gândurile, cognițiile	Comportamentele, actele	Anturajul
Stres. Anxietate. Imagine negativă a corpului. Insensibilitate (anestezie). Maladii psihice.	Absență de imaginar sau de fantasme. Interdicții ale imaginărilor sau ale fantasmelor. Gânduri parazite, ruminări. Idei depresive. Idei false, principii eronate.	Fugă, evitare. Ritualuri de repetiție. Treceri la acte agresive. Inhibiție, blocaj al acțiunilor. Hiperactivism.	Suprainvestire a sectoarelor extrasexuale. Atitudinea partenerului. Reacție familială. Alegerea soțului/soției. Control sub tensiune stăpânită. Temeri. Sistem social. Interdicții legale sau culturale. Necunoaștere a corpului. Starea cuplului.

Ce resimt pe plan fizic

Corpul și emoțiile

■ Frica

Emoțiile (mânia, frica, tristețea, bucuria...) sunt reacții psihice față de evenimente particulare. Aceste reacții sunt însoțite de manifestări comportamentale (fugă, exuberanță, retragere, apropiere) și de manifestări fiziologice (palpitații, tremurături, sudații, plânsete, uscăciune a gurii, dureri abdominale, noduri în gât...).

Prezente în orice reacție sexuală, aceste emoții capătă uneori, în anumite împrejurări, proporții ce, prin intensitate și frecvență, depășesc capacitățile de control și gestionare. Ele pot fi atunci cauza sau consecința unei probleme sexuale. Astfel, frica de durere în cursul raportului sexual poate duce la imposibilitatea penetrării și, deci, la o incapacitate orgasmică; invers, un eșec sexual legat de o problemă de erecție poate antrena o anxietate care va crește și va genera teamă de noi eșecuri.

Emoțiile întâlnite sunt următoarele:

— Frica: ea are deseori un obiect real și precis: frica de penetrare, frica de sexul masculin, frica de orgasm...

— Aprehensiunea: este o frică anticipatorie — de eșec, de reacțiile partenerului/partenerei...

— Anxietatea sau angoasa: sunt temeri fără obiect: anxietate de performanță, frică de necunoscut, frica de a se abandona plăcerii...

La anumite persoane cu dificultăți sexuale există variante ale anxietății și angoasei:

— Panica — o criză de angoasă ce survine, de pildă, în cursul primului raport sexual.

— Spaima — o frică extremă, paralizantă, întâlnită în situații sexuale traumatizante.

— Timiditatea sau jena, care sunt prezente frecvent în timpul primelor contacte sexuale, unde predomină inhibiția și necunoașterea.

În acest context se întâmplă, dar din fericire rareori, să apară semne de depresie, cu o viziune negativă despre sine, despre relațiile cu altul și cu o viziune pesimistă despre viitor.

■ Stresul

În spatele fricii, al angoasei, al anxietății se află întotdeauna stresul. El constituie reacția organismului atunci când este supus unui eveniment fizic sau psihic cărui trebuie să-i facă față.

Știm cu toții că, în fața unei probleme sexuale, prima noastră reacție va fi una de alarmă, ca și cum ne-am pregăti să reacționăm. La început această reacție poate fi stimulantă și excitantă. Foarte repede însă, când stresul continuă sau când numeroase stresuri mici se acumulează, repetarea eșecurilor aduce cu sine o fază de rezistență, în care apelăm la rezervele organismului, înainte de a ajunge la o fază de epuizare ce poate conduce la dereglări fizice și psihice.

De multe ori, pentru a evita epuizarea, alegem fuga — cel mai bun mijloc de a nu fi confrunțați cu o situație stresantă și cu reacțiile ce decurg din ea. Evitarea e o atitudine foarte frecventă față de o problemă sexuală.

— **Evenimentele de viață.** Numeroase evenimente de viață pot duce la apariția stresului, mai ales dacă au o mare încărcătură emoțională: decese, conflicte, despărțiri, maladii grave, pierderea slujbei, schimbarea locului de muncă, mutarea în altă locuință, datoriile etc. Toate aceste evenimente se repercutează asupra persoanei și, mai cu seamă, asupra sexualității sale, cu o accentuare a nivelului global de emoție.

— **Stresori cotidiani.** Câteodată regăsim nu evenimente de viață cu mare încărcătură emoțională, ci stresori cotidiani a căror încărcătură emoțională este mai mică, dar care totuși

fragilizează. Astfel sunt, de pildă, orarele de muncă, organizarea vieții familiale, sarcinile gospodărești, educația copiilor, transportul etc.

Stres, angoasă, anxietate, panică, frică: dacă există un domeniu unde aceste emoții se întâlnesc, insidioase sau de-a dreptul copleșitoare, acesta este tocmai sexualitatea. Cât timp aceasta merge bine, nu avem probleme, nu ne punem întrebări. De îndată însă ce survine eșecul, pana, ne stresăm, stăruim, ne epuizăm sau evităm și toate astea nu fac decât să agraveze problema.

Luc povestea că ori de câte ori i se ivea posibilitatea unui raport sexual, începea să transpire abundent, să se crispeze, să aibă dureri abdominale, astfel încât trebuia să întrerupă apropierea de parteneră.

Thierry se enerva atât de mult pe penisul său în cursul raportului sexual, încât nu mai dădea nici o atenție partenerii sale, care era folosită ca o „punching ball” sau ca o „păpușă gonflabilă”.

Înțelegem ușor că în trăirea efectivă a sexualității și în legătură cu „eventualitatea potențială” a apariției unei tulburări, pot să intervină diferite emoții, orientate toate spre anxietate și stres. Ele sunt cu atât mai accentuate, cu cât sunt proporționale cu gândurile ruminatorii.

■ Evaluați-vă emoțiile

Această autoobservare vă va ajuta să vă cunoașteți mai bine emoțiile de dinainte, din timpul și de după un raport sexual. Emoțiile care preced raportul influențează starea de spirit în care se va desfășura jocul. Emoțiile de la sfârșitul raportului joacă un rol important în apariția unui ciclu de eșec sau a unui de reușită.

Testul care urmează completați-l singur(ă) (dar partenera/partenerul dumneavoastră îl poate completa și ea/el). Refăcându-l de mai multe ori la rând, vă veți da seama, poate, de repetarea aceluiași emoții stimulante sau inhibante.

Dumneavoastră sunteți cel/cea care trebuie să vadă dacă aceste emoții sunt sau nu favorabile sexualității dumneavoastră: aici nu există judecată de valoare sau normă.

Puneți-vă următoarea întrebare: „Înainte, în timpul sau după raportul sexual, simțeam...” Alegeți apoi cifra care corespunde cel mai bine intensității emoției dumneavoastră:

Total fals: -3

Total adevărat: +3

Fals: -2

Adevărat: +2

Oarecum fals: -1

Oarecum adevărat: +1

Neutru: 0

Emoțiile cotate la +3 sunt considerate foarte caracteristice pentru o persoană.

	Înainte de raportul sexual	În timpul raportului sexual	După raportul sexual
Dorință			
Excitație			
Pasiune			
Afecțiune			
Tandrețe			
Atracție erotică			
Iubire			
Ușurare			
Plăcere			
Amuzament			
Bucurie			
Satisfacție			
Bună dispoziție			

Surpriză			
Gelozie			
Dispreț			
Mânie			
Ură			
Agresivitate			
Repulsie			
Frustrare			
Proastă dispoziție			
Milă			
Singurătate			
Insecuritate			
Umilire			
Jenă			
Nostalgie			
Culpabilitate			
Regrete			
Dezamăgire			
Deprimare			
Tristețe			
Suferință			
Frică			
Anxietate			
Nervozitate			
Teamă			

Ceea ce-mi spun în mintea mea Cogniții și scheme de gândire

Este vorba de toate procesele de gândire (ruminări, gânduri parazite, scenarii catastrofice) care sunt prezente în mod sistematic în timpul tulburării sexuale, indiferent de cauza lor. *N-am să reușesc, nu sunt la înălțime, nu sunt capabil de asta. Ce va gândi partenera/partenerul despre mine? În mod sigur nu va părăsi. Nu sunt normal(ă)...Trebuie să reușesc. Trebuie să meargă... Dacă sexul meu funcționează, uf, sunt salvat(ă). Dacă nu, e de rău. Trebuie să mai încerc. Sper că...Trebuie să mă concentrez, să fiu decontractat(ă). Asta e, va fi bine...Nu...E prost...*

REȚINEȚI

Dacă întruna reflectezi și gândești, vei sfârși prin a pălăvrăgi despre sex, în loc să-l trăiești trupește.

Gândurile parazite afectează frecvent:

— Persoanele numite „intelectuali” care-și trăiesc sexualitatea mai mult în cap decât în corp, care analizează sexul întocmai ca și restul vieții lor. Problema constă, evident, în lipsa de spontaneitate, de emoții exprimate, în voința de a controla și stăpâni și în dificultatea de a-și da frâu liber.

— Persoanele stăpânite de teama de eșec sau care cred în performanța obligatorie și în rezultatul cu orice preț. Mulți oameni trec prin acest tip de fixație și se focalizează asupra scopului de atins: orgasmul femeii.

Să luăm pe rând două exemple: anorgasmia feminină și tulburările de erecție masculină, și să vedem ceva mai în-deaproape cum puteți, adesea, să reacționați. Caracterul sistematic al consecințelor va fi cu atât mai flagrant, cu cât persoana în cauză împărtășește mai multe idei false și credințe eronate. Iată câteva exemple.

Trebuie emis un anumit număr de decibeli, orgasmul trebuie să se audă...

Orgasmul vaginal este mult mai greu de atins decât cel clitoridian...

Dacă-ți dai frâu liber, lași despre tine o imagine proastă: așa ceva este obscen, sunt o fată „ușuratică”... Un bărbat așteaptă de la mine performanțe, o femeie liberă este o femeie care face tot ce dorește bărbatul...

O femeie „normală” nu-i poate spune partenerului că vrea mai multe dezmierdări și dragălaşenie, că nu vrea în mod sistematic penetrare...

SĂ NE IMAGINĂM CĂ AM UNA DIN URMĂTOARELE PROBLEME:

Anorgasmie, uscăciune vaginală, durere



Contracție a vaginului



Frică de durere și de insatisfacție



Frică de următorul raport sexual

Urmările problemei mele vor fi:

- Evitarea, hiperinvestirea altor satisfacții (muncă, timp liber, prieteni, copii).
- Teamă de nereușită.
- Focalizarea asupra reacțiilor bărbatului (excitarea sa, cuvintele sale, gesturile sale).
- Căutarea unei excitații mai mari.
- Căutarea unei mai bune lubrifieri.
- Căutarea mai multor orgasme.

SĂ NE IMAGINĂM CĂ AM UNA DIN URMĂTOARELE PROBLEME

Tulburare a erecției sau a ejaculării.

Înmuierea penisului.

Frică de eșec, frică de nereușită, frică de a nu fi la înălțime, scenariu catastrofic, frică de reacțiile partenerei.

Urmările problemei mele vor fi:

- Anxietatea, depresia, evitarea.
- Focalizarea asupra penetrării.
- Căutarea eficacității.
- Caricatura raportului sexual.
- Dezmierdări precipitate.
- Atitudinea de spectator: privesc, îmi ating sexul.

Aceste consecințe vor fi, și aici, cu atât mai sistematice cu cât păstrez în mine un anumit număr de idei false și de credințe eronate precum acestea:

Pentru a reuși, este nevoie de atâtea mișcări și de un penis de cutare dimensiuni...

O femeie care simte plăcere și-o exprimă zgomotos...

Unui bărbat normal trebuie să-i reușească toate raporturile sexuale...

Ea va crede că sunt pervers dacă-i spun ce mi-ar plăcea să-i fac...

Credințele iraționale și distorsiunile gândirii duc la instalarea unei anumite „reprezentări” despre sexualitate, care poate duce la apariția de probleme sexuale. Iată ideile false pe care le auzim cel mai adesea la analiza tulburărilor sexuale.

IDEILE FALSE DESPRE SEXUALITATE

La bărbat

- Penetrarea e obligatorie pentru plăcere.
- În timpul unui raport sexual erecția trebuie să fie constantă.
- Senzualitatea e ceva feminin.
- Raporturile sexuale sunt imposibile cu un sex care nu are dimensiuni „normale”.
- Un raport sexual comportă mai multe faze (dezmierdări, erecție, penetrare) care sunt toate obligatorii.
- Bărbatul are mai multă dorință decât femeia.
- Sexualitatea dispare la vârsta a treia.
- Absența dorinței sexuale semnifică întotdeauna absența dragostei.

La femeie

- Pentru orgasm penetrarea este obligatorie.
- Femeia e pasivă.
- Femeia nu e sexuală.
- Femeia e multiorgasmică.
- După menopauză, femeia nu mai are sexualitate.
- În raport cu orgasmul vaginal, cel clitoridian este insuficient. Acesta din urmă este semnul unei sexualități imature.
- Orgasmul femeii și cel al bărbatului trebuie să fie simultane.
- Sexualitatea e înăscută și naturală.
- Fantasmelor sunt interzise.
- Masturbarea e interzisă.

■ *Evaluați-vă credințele iraționale*

Testul următor vă va ajuta să evaluați credințele iraționale care vă parazitează sexualitatea. Veți putea identifica gândurile care vă perturbă cel mai mult.

Răspundeți prin „adevărat” sau „fals”

1. Pentru plăcerea mea, penetrarea e obligatorie.	
2. În timpul raportului sexual erecția trebuie să fie permanentă.	
3. Dacă prefer sexualității senzualitatea, înseamnă că nu sunt normal.	
4. Dacă prefer tandreței sexul, înseamnă că sunt obsedat.	
5. E nevoie ca organele sexuale să aibă dimensiuni normale, altminteri raportul sexual este imposibil.	
6. Raportul sexual normal cuprinde obligatoriu dezmierdările, erecția, lubrifierea, penetrarea și orgasmul.	
7. Bărbatul normal este un bărbat activ în timpul raportului sexual.	
8. Bărbatul are mai multă dorință sexuală decât femeia.	
9. Ejacularea e cea care creează orgasmul.	
10. Sexualitatea se oprește la menopauză.	
11. Dacă el (sau ea) nu are dorință sexuală, înseamnă că nu mă iubește.	
12. Dacă el (ea) mă iubește, atunci nu se poate să nu aibă apetit sexual.	
13. Dacă el (ea) mă dorește, înseamnă că mă iubește.	
14. Dacă am erecție, înseamnă că am dorință sexuală.	
15. Dacă el are erecție, înseamnă că dorește un raport sexual.	
16. Dacă partenerul meu (partenera mea) se poartă întotdeauna tandru, înseamnă că neapărat dorește un raport sexual.	

17. O femeie căreia i-ar plăcea prea mult sexualitatea ar fi periculoasă.	
18. O femeie care ar fi foarte activă ar fi o femeie care cu siguranță a avut multe experiențe.	
19. O femeie care nu-și exteriorizează orgasmul prin diferite semne nu este satisfăcută sexual.	
20. O femeie care ar avea orgasm prin excitarea clitorisului și nu prin penetrare este blocată.	
21. Un cuplu armonios trebuie obligatoriu să aibă orgasm în același timp.	
22. Sexualitatea e înăscută și naturală.	
23. Schimbarea poziției, a locurilor în timpul unui raport sexual sunt tipice pentru o sexualitate foarte liberă.	
24. O sexualitate liberă este o sexualitate animalică.	
25. A avea fantasme în timpul unui raport sexual înseamnă a-ți înșela partenerul/partenera.	
26. A continua cu masturbarea în timpul vieții conjugale e un lucru anormal.	
27. Dacă ratez raportul sexual, voi scădea în ochii soției/soțului.	
28. Dacă nu declanșez orgasmul la fiecare raport sexual, soția/soțul îmi va purta pică și nu mă va respecta.	
29. Dacă ratez, e o catastrofă.	
30. Nu pot fi fericit(ă) decât dacă-mi reușesc perfect raporturile sexuale.	
31. Un om care își ratează raporturile sexuale e un nevolnic.	
32. Celorlalți le reușesc toate raporturile sexuale.	

33. Trebuie să reușesc la fel de bine ca ceilalți/celelalte, dacă nu vreau să le fiu inferior/inferioară.	
34. Dacă-mi reușesc raporturile sexuale, e ceva normal.	
35. Dacă eșuez, sunt un ratat/o ratată.	
36. Raporturile sexuale servesc înainte de toate pentru a avea copii.	
37. A avea raporturi sexuale de dragul plăcerii și al juisării este animalic.	
38. Dacă am un eșec parțial, e la fel de grav ca și dacă aș eșua total.	
39. Dacă o persoană pe care o iubesc nu mă iubește, înseamnă că nu fac două parale.	
40. Poți obține plăcere în raporturile sexuale oricare ar fi mijlocul folosit.	
41. Valoarea mea ca persoană depinde de reușita mea sexuală.	
42. Dacă vreau să fiu apreciat(ă), trebuie să-mi propun în materie de sexualitate scopuri din ce în ce mai înalte.	
43. Dacă vreau să fiu valabil(ă), trebuie să fiu excepțional(ă).	
44. Dacă fac o eroare, trebuie să mă simt vinovat(ă).	
45. Dacă-mi pun întrebări despre sexualitatea mea, mă inferiorizez.	
46. E degradant să fii dezaprobat de către partener(ă).	
47. E posibil să te cerți fără ca asta să dăuneze cuplului și sentimentelor.	

48. E preferabil să uiți de propriu-ți interes pentru a face plăcere altora.	
49. Fericirea mea depinde mai mult de fericirea celui alt decât de a mea.	
50. Pentru a fi fericit, nu am nevoie de aprobarea celorlalți.	
51. Dacă eviți problemele sexuale, ele dispar.	
52. E foarte important ce gândesc ceilalți despre mine.	
53. Îmi pot găsi fericirea și fără a fi iubit(ă) de altcineva.	
54. Trebuie să-mi satisfac toate poftele sexuale.	
55. Sunt împlinit(ă) pentru că celălalt mă complimentează.	
56. Am dorință sexuală pentru că celălalt nu-o arată pe a sa.	
57. Nu pot avea orgasm decât grație stimulării din partea partenerului meu/partenerei mele.	

Ce anume fac sau nu mai fac Comportamentul și actele

Există, pe de o parte, aspectul mecanic al tulburării sexuale (slăbirea erecției, rapiditatea ejaculării, contractura vaginului, de exemplu) și, pe de altă parte, reacția adoptată față de această tulburare.

În fața problemei sunt posibile două reacții:

1. Evitarea: din teamă de eșec sistematic în cazul unei noi tentative, prefer să fac altceva: de pildă, să-mi hiperinvestesc munca sau educația copiilor.

2. Repetarea: încerc din nou pentru a vedea ce iese, pentru a verifica mecanica sexuală. În acest caz pot să adopt:

— O atitudine de spectator critic: *privesc* scena sexuală și comentez ceea ce se petrece („ea ar fi trebuit să...”, „ar fi fost de datoria lui să...”). Spectatorul critic nu este niciodată mulțumit: orice lipsă, orice pană, orice dificultate este analizată și criticată. Sexualitatea este plasată la distanță iar excitația se diminuează progresiv.

— O atitudine de actor nemulțumit: trăiesc scena sexuală și comentez ceea ce fac („eu ar trebui, aș fi putut face mai bine”). Actorul nemulțumit vrea mereu mai mult. El urmărește performanța, reușita. Sexualitatea e pentru el locul de experimentare a eficacității.

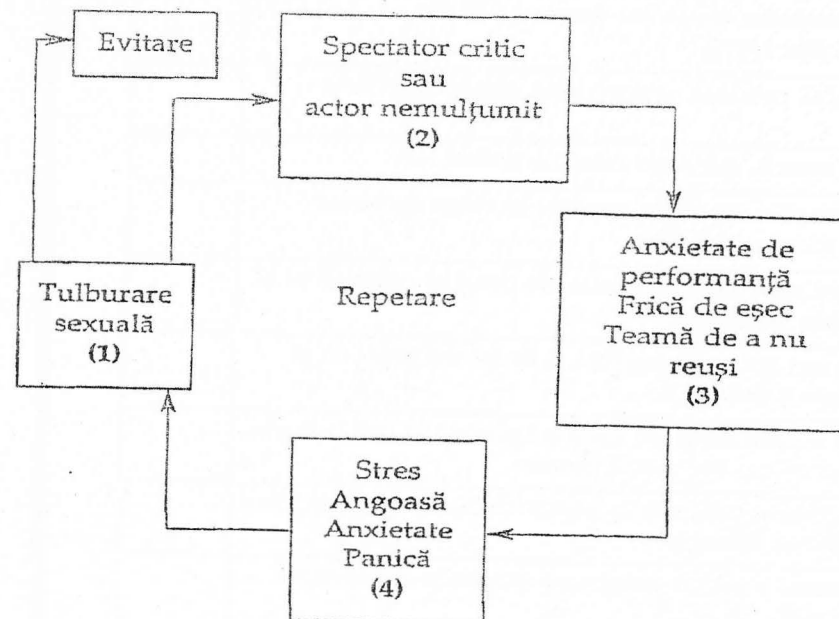
Oricare ar fi comportamentul sau atitudinea adoptate, rezultatul e același: ori evit și asta mă liniștește pe termen scurt, dar nu rezolvă problema, ori reîncep și sunt atât de

REȚINEȚI

Tot evitând, riști să nu mai încerci nimic.
Focalizându-te prea mult asupra performanțelor, sfârșești prin a te fixa asupra reușitei cu orice preț.

încordat încât ratez vrând cu tot dinadinsul ca „mașina să funcționeze”.

Să rezumăm cele spuse într-o schemă.



De observat mecanismul buclei reflexe. Tulburarea poate evolua de la stadiul 1 la stadiul 4, trecând prin stadiile 2 și 3. Oricare ar fi sensul urmat, el va determina la persoana în cauză reacții fie mentale (ruminări), fie fizice (emoții). Rezultatul va fi același — menținerea problemei.

■ Evaluați-vă dificultățile sexuale

Următoarele două teste vă vor ajuta să vă evaluați dificultățile. Este vorba de:

1. observarea propriei sexualități;
2. observarea propriului comportament sexual.

Testul 1: Reperați fazele care vă creează dificultăți în timpul raporturilor sexuale.

Baremul:

Foarte satisfăcător: +3

Satisfăcător: +2

Oarecum satisfăcător: +1

Foarte nesatisfăcător: -3

Nesatisfăcător: -2

Oarecum nesatisfăcător: -1

	-3	-2	-1	+1	+2	+3
Dorință (am poftă)						
Excitație corporală generală, în afara zonelor sexuale (senzație fizică și mentală)						
Erecție						
Ejaculare						
Senzație de plăcere						
Orgasm						
Decontractare, pierderea stăpânirii și a controlului						
Imagine a corpului						
Sexualitate globală						
Frecvența raporturilor sexuale						
Atitudinea partenerului/partenerii în cursul raportului sexual						
Atitudinea mea în cursul raportului sexual						

Testul 2: Analizați mai precis diferitele etape ale întâlnirii sexuale.

Trebuie să răspundeți la următoarea întrebare: În situația descrisă, sunt mai degrabă satisfăcut(ă) sau mai degrabă nesatisfăcut(ă)? De fiecare dată, trasați pe scara vizuală reprezentată câte o bară verticală corespunzătoare nivelului dumneavoastră de satisfacție.

	Foarte nesatisfăcut	Neutru	Foarte satisfăcut
Fericirea conjugală (fericiți împreună, afectivitate...)	-5	0	+5
Climatul general al cuplului (ambianță, complicitate, comunicare...)	-5	0	+5
Atracție fizică pentru partener(ă)	-5	0	+5
Buna mea dispoziție personală globală (psihică și fizică)	-5	0	+5
Buna mea dispoziție corporală globală (imaginea despre corp)	-5	0	+5
Destinderea mea corporală	-5	0	+5
Nivelul meu de bine psihic (moral, gândire pozitivă, umor)	-5	0	+5
Climatul cuplului în timpul relației sexuale (ambianța în timpul raportului sexual)	-5	0	+5

Atitudinea generală a partenerului/parteneriei (comportament mai mult sau mai puțin agreabil, dezagreabil...)	-5	0	+5
Excitarea corpului meu, în afara zonelor sexuale (mângâieri, masaje) de către mine însuși/însămi	-5	0	+5
Excitarea corpului meu, în afara zonelor sexuale (mângâieri, masaje) de către partener(ă)	-5	0	+5
Excitarea de către mine a corpului parteneriei/partenerului, în afara zonelor sexuale (mângâieri, masaje)	-5	0	+5
Comunicarea verbală în cuplu în timpul raportului sexual	-5	0	+5
Excitarea clitoridiană (fără orgasm) de către mine însămi	-5	0	+5
Excitarea clitoridiană (fără orgasm) de către partener	-5	0	+5
Excitarea clitoridiană (cu orgasm) de către mine însămi	-5	0	+5
Excitarea clitoridiană (cu orgasm) de către partener	-5	0	+5

Excitarea vaginală (fără orgasm) de către partener	-5	0	+5
Excitarea vaginală (cu orgasm) de către partener	-5	0	+5
Capacitatea mea fantasmatică (imaginar erotic, scenariu de excitare mentală...)	-5	0	+5
Capacitatea de a mă abandona plăcerii (a nu mă mai stăpâni, controla, a-mi da frâu liber...)	-5	0	+5
Capacitatea mea de erecție	-5	0	+5
Capacitatea de a-mi controla ejacularea	-5	0	+5
Capacitatea mea de a ejacula	-5	0	+5

Ceea ce celălalt spune sau nu mai face Reacțiile anturajului

Reacțiile soției/soțului, ale anturajului sunt esențiale în viziunea pe care o am despre tulburarea mea, mai ales dacă sunt foarte sensibil(ă) la privirea celuilalt, la reacțiile celuilalt (ca și cum raportul sexual ar fi făcut mai mult pentru el/ea decât pentru mine).

Hervé vine la consultație cu următoarea problemă: „Soția mea, Dominique, crede că sunt un ejaculator precoce și vrea să mă tratez”.

Acest cuplu, căsătorit de douăzeci de ani, trăiește după modul dominator/dominat.

Dominique e considerată a fi o femeie organizată și pragmatică, dotată cu un „temperament puternic”. Ea îi cere întruna soțului să fie mai prezent, mai puternic, mai bărbat în toate sensurile termenului, dar în paralel refuză cele câteva inițiative pe care el le ia. Hervé este considerat a fi un inhibat, introvertit și nu prea comunicativ. Din partea soției, de ale cărei izbucniri mâniașe se teme, cere puține lucruri.

De fapt, ambilor le convine neschimbarea. Lui Dominique îi place să aibă această putere; chiar dacă spune întruna că ar vrea ca Hervé să fie mai prezent, face tot posibilul ca lucrul acesta să nu se întâmple. Lui Hervé îi place să nu fie în linia întâi. Chiar dacă se gândește tot timpul că i-ar plăcea ca Dominique să-i lase mai mult loc, face totul ca asta să nu fie posibil.

În felul acesta, fiecare amplifică problema celuilalt. Pasivitatea lui Hervé accentuează agresivitatea lui Dominique; izbucnirile ei mâniașe accentuează inhibiția lui. Pe plan sexual, dinamica e aceeași: ejacularea precoce a lui Hervé o face pe Dominique agresivă; lipsa de susținere și respingerea din partea ei îl inhibă pe Hervé.

Ambii vor o schimbare, dar fiecare crede că aceasta ar trebui să vină de la celălalt. Amândoi vor trebui să înțeleagă aceste mecanisme interactive dacă vor să-și amelioreze sexualitatea.

REȚINEȚI

Vrând prea mult să faci plăcere celuilalt, uiți de tine însuși. Crezând prea mult că soluția constă într-o schimbare la celălalt, faci ca problema să se mențină.

Un cuplu nu poate rămâne indiferent la prezența unei probleme sexuale. O defectuoasă înțelegere conjugală face evidentă dificultatea activității sexuale; vom mai reveni asupra acestui punct. Cei ce ajung să spună că o problemă se poate aranja în pat nu sunt foarte mulți. Un raport sexual nu rezolvă un conflict cât timp acesta n-a fost înlăturat prin cuvânt.

Invers, o tulburare sexuală nerezolvată poate sfârși prin a altera o ambianță conjugală, chiar și una excelentă. Rărirea raporturilor sexuale provoacă agresivitatea celui ce resimte lipsa sexualității, apoi suspiciunea (a intervenit cumva altcineva?) și, la urmă, indiferența. Cel care e purtătorul tulburării se poate simți vinovat și să-și disimuleze jena prin tăcere, prin exces de gentilețe sau prin explozii de mânie.

■ Evaluați-vă dinamica conjugală (după Azrin)

Următorul test vă va ajuta să determinați mai bine starea cuplului dumneavoastră. El vă va permite să identificați sectoarele relaționale deficitare — din pricina dumneavoastră sau a soției/soțului. Atenție, totuși: uneori e mai ușor să-l judeci pe celălalt decât să te judeci pe tine; și să vrei să-l schimbi pe celălalt decât să te schimbi tu însuși. Străduiți-vă, așadar, ca în evaluare să păstrați o privire obiectivă.

Trebuie să răspundeți la următoarele două întrebări:

1. Cum judecați comportamentele și atitudinile soției/soțului dumneavoastră pentru fiecare din domeniile specificate în tabelul de mai jos?
2. Cum judecați comportamentele și atitudinile dumneavoastră pentru fiecare dintre aceste domenii?

Barem:

Judecată foarte negativă: -3 Judecată foarte pozitivă: +3
Judecată destul de negativă: -2 Judecată destul de pozitivă: +2
Judecată ușor negativă: -1 Judecată ușor pozitivă: +1

Reamintire:

— Senzualitatea explorează simțurile și plăcerea de a-l vedea, atinge, auzi pe partener și pe dumneavoastră înșivă.

— Sexualitatea explorează comportamentul sexual în totalitatea sa, integrându-i raportul sexual.

— Sentimentele explorează emoțiile împărtășite.

[illegible][illegible]

Care e istoria dumneavoastră?

Marie-Claire, 38 de ani, măritată și mamă a trei copii, vine la consultație pentru un vaginism apărut după nașterea celui de-al doilea copil. Acest vaginism a venit după o dispareunimie prezentă încă de la începutul vieții de cuplu. În schimb, înainte de căsătorie sexualitatea sa era destul de satisfăcătoare, atât cu persoana care i-a devenit soț, cât și cu alți parteneri.

Analiza simptomului sexual arată că vaginismul și dispareunimia sunt legate de instalarea progresivă a unei inhibiții a dorinței sexuale, în contextul dorinței exacerbate de a avea copii. De când e măritată, Marie-Claire s-a „potolit”, cum spune ea. A dat la o parte sexualitatea și și-a suprainvestit maternitatea și viața familială: soțul a devenit mai mult un tată decât un „iubit”.

Istoria familială dă în vileag importante carențe afective, o educație rigidă în materie de sexualitate și o respingere paternală care au dus treptat la dezvoltarea unei imagini negative despre sine și despre femeie.

Ca și în cazul lui Marie-Claire, vom coborî progresiv în istoria proprie spre a căuta acele elemente care să ne permită să înțelegem și să explicăm apariția problemei. Vom aborda mai întâi istoria specific sexuală, pentru ca apoi să lărgim perspectiva la istoria personală.

Trebuie știut că de foarte multe ori nu există o cauză unică în măsură să explice apariția tulburării, ci există un context

plurifactorial în care se combină vechi factori istorici, factori personali și conjugal recent și factori organici sau iatrogeni (legați de anumite tratamente medicamentoase). Vom face cunoștință în capitolul următor cu contextele explicative cele mai frecvente pentru fiecare „disfuncție” sexuală.

Pentru moment, să reținem că este esențial de deosebit între ceea ce fragilizează, ceea ce participă la apariția problemei sexuale și ceea ce o declanșează propriu-zis. În cazul lui Marie-Claire, factorul declanșator a fost căsătoria, venirea copiilor și o anumită neînțelegere conjugală; factorii de fragilizare sunt carențele afective, respingerea tatălui și viziunea negativă despre sexualitate și despre femeie.

Factorii de fragilizare nu sunt prin ei înșiși declanșatorii problemei; dar asociați cu evenimentul declanșator, ei au contribuit la apariția tulburării.

Analizați-vă istoria sexuală

Veți încerca acum să descrieți viața dumneavoastră sexuală de dinainte de apariția tulburării.

— Dacă tulburarea a existat dintotdeauna, răspunsul e rapid: se poate considera că sexualitatea n-a fost niciodată satisfăcătoare.

— Dacă tulburarea n-a existat dintotdeauna, întrebați-vă care era mai înainte nivelul dumneavoastră de împlinire sexuală. Pentru aceasta, trebuie să încercați să răspundeți la întrebările care urmează.

■ Dorința

Cine lua cel mai adesea inițiativa raportului sexual? Care era frecvența raporturilor sexuale? Care erau contextul, climatul, ambianța cuplului nostru în acea epocă? Care era starea mea de bine fizică sau psihică? Cum anume îmi seduceam

partenera/partenerul? În ce fel mă seducea ea/el? Care erau mijloacele, strategiile de care mă foloseam pentru a trezi dorința și apetitul?

■ Excitația

Ce tip de dezmierdări le găseam agreabile? Ce tip de dezmierdări mă blocau? Existau cuvinte care-mi plăceau sau care mă blocau în cursul jocurilor amoroase? Care erau locurile sau împrejurările care îmi plăceau sau care mă blocau? Existau practici sexuale excitante sau blocante?

Raporturile sexuale le aveam din plăcere sau din constrângere? Mă se întâmpla cumva, câteodată sau frecvent, să nu am raport sexual de frică, din lipsă de apetit sau din dezgust?

Care erau pentru mine sursele de excitație? Care erau sursele de excitație pentru partenera mea/partenerul meu? Aveam fantasme? Cum reacționez față de ele? Exista o reacție sexuală de erecție? Exista lubrifiere vulvară și vaginală? Exista o lubrifiere a glandului? Existau senzații de durere?

■ Orgasmul

Exista plăcere? Exista orgasm? Făceam deosebire între cele două? Cât de bine mă simțeam după raportul sexual? Exista ejaculare? Exista o diferență de senzații și de reacții psihologice între orgasmul declanșat prin clitoris și cel declanșat prin penetrare?

Reperați factorii istorici și factorii de fragilizare

Contextul în care am crescut, evenimentele pe care le-am trăit, împrejurările vieții joacă un rol în structurarea personalității noastre. Fără a fi neapărat implicați cauzal în apariția

problemei, acești factori pot fi „patul germinativ” al dificultăților ivite.

Reflecțați la contextul familial, la atmosfera în care ați trăit, la educația sexuală pe care ați primit-o. Raporturile dintre părinți, raporturile dintre un copil și părinții săi sunt importante pentru imaginea pe care ne-o facem despre o relație în doi (locul fiecăruia din ei, distribuția rolurilor).

■ În copilărie și adolescență

Amintiți-vă de primele dumneavoastră jocuri sexuale, de reacțiile părinților dumneavoastră, de eventualele situații traumatizante.

Amintiți-vă de primele reguli, de ceea ce s-a spus despre ele, de primele ejaculări nocturne, de eventualele experiențe traumatizante, de primele raporturi sexuale, de ceea ce s-a spus despre ele.

Gândiți-vă la relațiile dintre părinții dumneavoastră, dintre părinții dumneavoastră și dumneavoastră, de parcursul dumneavoastră școlar, de proiectele de viitor pe care vi le făceați pe atunci.

■ Înainte de căsătorie sau de începutul vieții comune

Care erau relațiile afective mai mult sau mai puțin regulate? Care erau relațiile cu partenerii sexuali? Dacă există ruptură, de ce s-a produs?

Și aici sunt importante relațiile cu părinții și, îndeosebi, procesul de autonomizare față de mediul familial: alegerea activităților sociale, a activității profesionale, a frecvențelor.

Reperați factorii individuali și conjugali recenți

Căutarea cauzelor cu acțiune imediată asupra declanșării problemei sexuale vizează trei mari tipuri de factori:

1. Factorii sexologici care influențează în mod direct funcția sexuală.
2. Factorii conjugali care stau în legătură cu sistemul relațional, cu funcționarea cuplului.
3. Factorii psihologici individuali care țin de profilul, personalitatea și modul de viață al fiecăruia.

■ Factorii sexologici

Iată care sunt cei mai importanți și mai frecvenți:

- Ignoranța sau lipsa de informație în materie de sexualitate.
- Refuzul plăcerii din culpabilitate, refuzul de a-și da frâu liber.
- Teamă de necunoscut, de suferință fizică, de sex.
- Anxietatea legată de exigențele partenerului/partenerei, de obligația absolută de rezultat, de obligația absolută de a plăcea partenerului/partenerei.
- Experiențele sexuale traumatizante, recente sau actuale: viol, raporturi sexuale tănuite, raporturi homosexuale, conduită deviantă.
- Traumatismele fizice ce acționează asupra sexualității: traumatisme ale măduvei spinării, operații chirurgicale, arteriopatie.

■ Factorii conjugali

Cel mai adesea este vorba de:

- Monotonie, rutină, detașare — legate de uzura vieții cotidiene.

- Prezența copiilor sau hiperinvestire exterioară.
- Conflicte cu luptă pentru putere, ură și respingere a celuilalt, teamă de a fi respins(ă) de celălalt.
- Lipsa de încredere reciprocă sau absența comunicării.
- Reviviscența în cuplu a unei situații familiale traumatizante.
- Sabotaj sexual.
- Modificarea comportamentelor care fuseseră idealizate la începutul vieții de cuplu.

■ *Factorii psihologici individuali*

Se pot cita:

- Carențele afective.
 - Traumatismele psihice necicatrizate.
 - Personalitățile dependentă, narcisică, evitantă sau obsesională.
 - Starea de anxietate cronică sau starea asteno-depresivă cronică.
 - Lipsa de încredere în sine și a stimei de sine.
- Acești factori, adesea vechi, pot cauza dificultăți altele decât cele sexuale sau pot, timp îndelungat, să nu creeze deloc probleme.

REȚINEȚI

Orice traumatism fizic sau psihic care este sursă de anxietate, de stres și de oboseală poate antrena tulburări sexuale, chiar dacă nu stă într-un raport direct cu sexualitatea (operație chirurgicală, graviditate, tratament medicamentos, boală).

Analizați-vă istoria medicală

Studiul mai specific al problemelor medico-chirurgicale este, evident, important: orice problemă fizică poate înrăuri asupra sexualității în chip de cauză sau de factor agravant al unei probleme sexuale.

■ *Antecedentele medicale și chirurgicale*

— La femeie: avort provocat sau spontan; complicații legate de sarcină; probele ginecologice cu repetiție (infecție, metroragie); menoragie; dismenoree; sterilitate; operații ale sferei genitale.

— La bărbat: operație a sferei genitale, infecții repetate, tulburări prostatice, sterilitate.

— La bărbat și la femeie: alcoolism, tabagism, droguri; obezitate; diabet; uricemie (gută); maladii infantile; malformații congenitale; maladii cardiovasculare; maladii endocrine; maladii hematologice; maladii hepatice; maladii ale aparatului urinar; maladii neurologice; maladii infecțioase; antecedente psihiatrice.

■ *Medicațiile anterioare sau actuale*

Factori ce trebuie cercetați în mod sistematic: contracepție acceptată sau nu, tratamente actuale sau anterioare, natura tratamentului (hormonal, psihotrop, antihipertensor, chimioterapie anticanceroasă).

CRITERII ÎN FAVOAREA UNOR CAUZE ORGANICE	CRITERII ÎN FAVOAREA UNOR CAUZE PSIHOLOGICE
Vârstă de peste 50 de ani. Circumstanță de apariție progresivă. Evoluție progresivă, oricare ar fi contextul, partenerul, modalitățile raportului sexual. Antecedente medico-chirurgicale. Tratament medicamentos. Igienă a vieții dezechilibrată (colesterol, zahăr, acid uric, tutun, alcool). Dezechilibru hormonal. Tulburări neurologice. Tulburări cardio-vasculare. Absență de reacții sexuale spontane, automate, reflexe (de exemplu, erecții matinale sau nocturne). Menținerea dorinței (cel puțin la început). Ejaculare cu penis moale. Examen clinic anormal.	Vârstă tânără. Circumstanță de apariție după un eveniment traumatizant. Debut destul de rapid și variabil în funcție de împrejurări. Context de anxietate, de teamă, de stres. Antecedent depresiv sau fragilitate psihologică. Destabilizare a cuplului. Lipsă de inițiere, de cunoaștere. Experiențe de eșec. Persistență a erecțiilor spontane sau în timpul masturbării (nu-i valabil pe termen lung). Scădere a dorinței frecvent asociată. Asociere de tulburări ale erecției și ale ejaculării. Examen clinic normal.

Atenție, totuși: anumite semne mai curând specifice care trimit spre o cauză psihogenă nu mai sunt valabile pe termen lung: cu timpul, scăderea dorinței, eșecul sexual sau teama pot duce la dispariția erecțiilor spontane reflexe și în absența unei cauze organice.

DE REȚINUT

- În problemele sexuale există deseori o adăugare de factori organici, psihogeni și iatrogeni.
- Cu cât înaintăm în vârstă, cu atât riscul factorilor organici este mai mare.
- Nu există niciodată cauză organică pură; există întotdeauna o suprapovară psihologică de stres și de anxietate.
- Orice stare generală de oboseală, de epuizare, oricare i-ar fi cauza fizică sau psihică, antrenează, după o vreme mai scurtă sau mai lungă, tulburări sexuale.
- O tulburare parțială care persistă multă vreme poate deveni completă și totală din simplă evitare și din teama de eșec.
- O cauză evidentă s-ar putea să nu fie decât secundară în apariția și menținerea unei probleme sexuale.
- Deseori, tulburările de origine psihică apar repede și fluctuează în funcție de împrejurări (partener, situație, desfășurarea raportului sexual, context ambiental).

Vom relua acum diferitele tulburări sexuale spre a determina mai amănunțit factorii explicativi specifici fiecăreia.

De ce tulburare suferiți?

Vom trece acum în revistă diferitele tulburări sexuale, specificând la fiecare ce anume o caracterizează și ce nu și indicând apoi principalele cauze.

TULBURĂRILE SEXUALE MASCULINE

- Tulburările dorinței sexuale
 - scăderea dorinței
 - inhibiția dorinței (anafrodisia)
 - aversiunea (dezgustul)
- Tulburările excitației sexuale
 - slăbirea erecției
 - impotența (anerecția)
- Tulburările orgasmului
 - ejacularea rapidă sau precoce
 - ejacularea întârziată și anejacularea (absența ejaculării)
 - absența orgasmului
- Tulburările sexuale însoțite de durere
 - dispareunia (dureri)

TULBURĂRILE SEXUALE FEMININE

- Tulburările dorinței sexuale
 - scăderea dorinței

- inhibiția dorinței
- aversiunea (dezgustul)
- Tulburările excitației sexuale
- tulburarea lubrifierii
- Tulburările orgasmului
- anorgasmia (absența orgasmului)
- orgasmul dureros
- Tulburările sexuale cu durere
- dispareunia (dureri)
- vaginismul reacțional
- vaginismul propriu-zis

Inhibiția dorinței sexuale: „Nu am poftă”

Inhibiția dorinței sexuale (prescurtat IDS) se cheamă în limbajul curent „frigidity” (numai la femei), iar în limbajul științific, „anafrodisie” (pentru ambele sexe).

N-am poftă decât atunci când eu decid; nu suport ca el să vină spre mine. Când eu sunt cea care începe, e în regulă, sunt excitată, simt plăcere...

Dacă vine el spre mine, fără ca eu să fi prevăzut, nu am poftă. Nu vreau să fiu atinsă, îmi închipui că asta va duce până la actul sexual. Asta mă dezgustă...

Sunt atât de crispată, încât, de îndată ce vine spre mine, îl resping. Mi-e teamă că n-am să-l satisfac. Prefer să n-am poftă decât să ratez...

N-are nici un rost să încerc, dacă știu că treaba nu va merge până la capăt...

Sunt urâtă, asta îl va dezgusta dacă mă privește...

Dacă ambianța, climatul, complicitatea sunt proaste, nu am pornire spre el...

Nu am dorință față de prietenul meu, încolo am multe sentimente față de el și avem proiecte de viață comună. Îl iubesc. Înainte, cu alții, nu exista sentiment, dar sexual treaba mergea mai bine...

Am poftă când asta nu-i posibil, când am ciclu, când el urmează să plece la serviciu, când ne telefonăm și eu sunt la birou. De cum îl văd, nu mai am poftă...

Nu am poftă, pentru că știu că mă așteaptă „la cotitură”. Are o prea mare exigență de reușită în raporturile noastre sexuale...

■ Este vorba de

— O problemă de poftă psihică, de „poftea de a avea poftă”, a cărei expresie psihică este excitația. Se întâlnesc foarte frecvent următoarele expresii: „n-am poftă”, „asta nu mă interesează”, „asta îmi repugnă”, „asta mă dezgustă”.

— O problemă ce poate fi primară: dorința a fost dintotdeauna absentă sau, cel puțin, destul de neinteresantă pentru a nu fi investită. Poate fi și secundară: scăderea dorinței survine după o perioadă în care totul era „normal” sau, în orice caz, mai satisfăcător decât acum. În acest caz, scăderea dorinței poate apărea ca urmare a unei alte tulburări sexuale, precum anorgasmia^{*} sau impotența^{**}.

— O problemă ce poate fi globală: oricare ar fi circumstanțele, contextul și tipul de activitate sexuală, există absența dorinței. Absența dorinței poate fi și selectivă: ea este în funcție de partener (diferența dintre partenerul oficial și cel extra-conjugal) sau de context (e mai lesnicios în vacanțe decât acasă, unde prezența copiilor este un factor de parazitaj).

— O problemă adesea progresivă. Scara de intensitate merge de la anemiarea dorinței până la inhibiția ei totală, trecând prin dezinteres, indiferență sau dezgust când inhibiția dorinței se menține timp de mai mulți ani.

— O problemă foarte adesea legată de factori de mediu inhibitori sau stresanți: activitatea profesională, grijile zilnice, prezența copiilor, monotonia conjugală...

— O problemă foarte adesea legată de un context de indiferență, de anxietate sau de nervozitate.

— O problemă foarte adesea legată de comparațiile pe care le facem cu ceea ce considerăm a fi norma.

— O problemă deseori potențată de evitarea raporturilor sexuale (ceea ce nu-i o ușurare decât pe termen scurt) sau de repetarea lor (pentru a verifica „normalitatea”, pe cea „proprie”).

— O problemă deseori agravată de atitudinea soției/soțului, care fie așteaptă răbdător, ceea ce nu-i prea activ pentru cuplu, fie îl „busculează” excesiv pe celălalt, blocând astfel orice posibilitate de revenire a dorinței.

* Vezi p. 128.

** Vezi p. 113.

■ Nu este vorba de

— O problemă prezentă doar la femeie. Întâlnim, deși mai rar, și bărbați fără dorință, care pot să aibă reacții fizice (erecție), dar neînsoțite de dorință. În general vorbind, erecția nu înseamnă prezența dorinței sexuale, dat fiind că există și erecții reflexe, care survin dimineața sau noaptea, și erecții spontane.

— O problemă de excitație, cel puțin la început (poate să existe lubrifiere). Într-o primă fază, dorința e cea care este slabă sau absentă. După câteva luni, în schimb, se constată de multe ori dispariția semnelor de excitație.

— O problemă de plăcere, cel puțin la început. Raportul sexual se poate derula normal, cu excitație și orgasm, dacă partenera/partenerul se pricepe. Totuși, după raportul sexual, persoana în cauză nu mai are poftă.

— O problemă legată exclusiv de dificultăți psihologice. În realitate, orice stare de stres, de anxietate, de oboseală, datorată unei maladii fizice sau unei tulburări psihice, poate duce la scăderea dorinței (dacă sunt deprimat, dacă tocmai am depășit o indispoziție fizică, e posibil să n-am dorință și în absența unor probleme psihologice subiacente).

■ Cauzele psihosexologice individuale

Anumite cauze sunt vechi și cu timpul fragilizează persoana în maturizarea ei și în împlinirea ei afectivă și sexuală. Ele se leagă de context sau de anumite evenimente precise. Dintre acestea fac parte:

— Contextul educativ: absența informației despre sexualitate; transmiterea de tabuuri sexuale, de interdicții, de norme etc.

— Contextul familial: neîmpliniri parentale și familiale; conflicte; fragilități psihice ale tatălui sau ale mamei; dificultăți de identificare cu unul din părinți etc.

— Traumatismele sexuale: atingeri, abuz, incest, viol etc.

Alte cauze sunt mai recente și joacă un rol în apariția tulburărilor. Cităm dintre ele:

- Lipsa experienței sexuale sau necunoașterea celuilalt sex
- Teamă de a se abandona
- Teamă de a se angaja într-o relație de durată
- Stresul din viața de zi cu zi
- Prezența unei stări anxioase sau depresive.

■ Cauzele conjugale

Cele mai frecvente sunt:

— Dizarmoniile din interiorul cuplului. Ele se manifestă prin dificultăți de înțelegere între soți, prin insatisfacție sau conflicte.

— Prezența unei disfuncții sexuale la celălalt. Astfel, o problemă de impotență poate duce, pe termen scurt sau mediu, la o scădere a dorinței la femeie; o frigiditate poate atrage după sine o scădere a erecției la bărbat, apoi o inhibare a dorinței.

— Hiperinvestirea familiei sau a muncii. Principala sursă de plăcere și de satisfacție nu-i în relația amoroasă, ci aiurea, ceea ce duce treptat la o scădere a dorinței la cel în cauză sau la celălalt.

— Devalorizarea imaginii masculine și feminine. În momentul alegerii are loc o idealizare a celuilalt, asupra căruia ne proiectăm dorințele și așteptările pentru a ne compensa propriile lipsuri și frustrări, a ne cicatriza trecutul sau, dimpotrivă, a-l reproduce. Se întâmplă frecvent ca dorința sexuală să dispară pe măsură ce încetăm să vedem în partener ceea ce ne imaginam sau speram.

— Lipsa de experiență a partenerului.

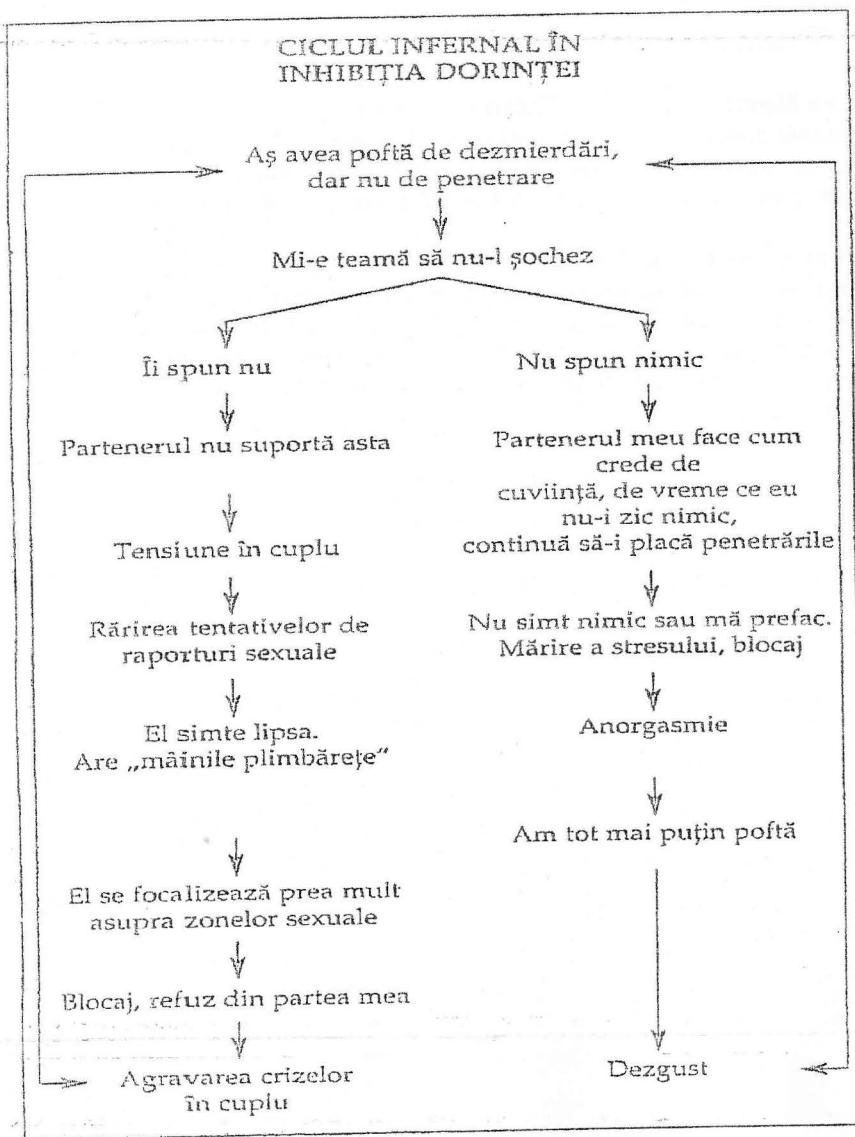
■ Cauzele funcționale și organice

Nu sunt foarte frecvente. Cităm dintre ele:

— Cauzele medicale. Orice maladie ce duce la dezechilibru hormonal, la o stare de oboseală sau la epuizare fizică trebuie investigată: poate fi la mijloc o problemă hormonală, dar și un diabet.

— Cauzele iatrogene. Ele sunt legate de utilizarea anumitor medicamente sau tratamente: antihipertensori, antidepressori, hipnotice, anxiolitice, estroprogestative, folosirea de raze X.

— Cauzele chirurgicale. E vorba de toate intervențiile chirurgicale asupra sistemelor glandulare cu secreții hormonale (ovare, testicule).



Tulburările excitației, cu sau fără durere

Tulburările excitației înglobează toate manifestările prin care se traduc, pe plan corporal sau psihic, absența reacției sau prezența de reacții dureroase la orice formă de stimulare sexuală.

Stimulările sexuale pot veni din trei surse:

1. Stimulările de ordin psihic: fantasme, fantezii, imaginar erotic, visări etc.;
2. Stimulările de ordin fizic legate de trezirea simțurilor;
3. Stimulările legate de relația dintre cei doi parteneri și de jocul ce se înfiripă între ei.

Problemele apar pentru că cele trei surse pot fi alterate, separat sau împreună, dintr-o lipsă (calitativă sau cantitativă) de stimulări pozitive sau dintr-un exces (cantitativ sau calitativ) de stimulări negative. Se constată atunci simptome de felul:

— La femeie, uscăciune vaginală, cu o scădere a lubrifierii și cu dureri ce pot evolua spre o contractură a mușchilor vaginului de teama durerii (vaginism reacțional).

— La bărbat, scăderea erecției, cu sau fără lubrifierea glandului și, prin chiar aceasta, o durere la penetrare.

Absența lubrifierii, asociată, eventual, cu durerea, duce treptat, la femeie, la o diminuare a dorinței, iar la bărbat, la o scădere a erecției, câteodată cu ejaculare rapidă sau cu absența ejaculării, pentru a evita repetarea simptomului dureros.

Degeaba în sinea mea îl doresc pe partener, fizic nu simt nimic...

De îndată ce simt că-mi crește excitația, mă crispez, mă gândesc la altceva, mi-e ciudă pe mine...

Când mă mângâie, nu simt nimic, până la urmă mă enervez...

Nu izbutesc să-i spun ce ar fi excitant pentru mine. De altfel, nici nu știu ce m-ar excita. De fapt da, știu. Dar am o teamă față de ceea ce urmează: teama de a fi ridicolă sau de a nu fi la înălțime...

El ce va crede despre mine, dacă mă las în voia poftelor mele?...

Mă simt excitată atunci când el mă dezmiardă, dar de îndată ce mâinile lui se apropie de sex, mă blochez...

Sunt excitată nervos. Asta mă enervează, nu simt nimic altceva, mai ales nu plăcere...

Nu se face să arăți că ești excitată, asta fac doar femeile „ușoare”...

■ Dispareunia: „Mă doare”

Este problema dureroasă prin excelență și, deseori, problema intermediară între absența dorinței („n-am poftă, deci nu există lubrifiere, deci am dureri la penetrare”) și anorgasmie („nu simt plăcere, lucrul devine iritant, mă crispez și mă doare dacă încerc penetrarea”).

Este vorba de:

— Un sindrom dureros ce survine în timpul raportului sexual sau după. Poate surveni și în afara oricărui contact sexual și prin aprehensiune. La femeie, e vorba de o durere ce poate fi superficială (intrarea vaginului) sau profundă (fundul vaginului și colul uterin). Ea antrenează o contracție *voluntară* a vaginului, de teama durerii. La bărbat, este o durere focalizată la nivelul glandului, al penisului, al testiculelor.

— La femeie, o problemă caracterizată prin dureri în timpul fazei de excitație, dureri la penetrare (vulvă, vagin, col, uter), dureri în timpul fazei orgasmice, dureri în anumite poziții, dureri în funcție de ciclul hormonal și de vârstă (menopauză).

— La bărbat, o problemă caracterizată prin dureri în timpul fazei de excitație (erecție), în timpul ejaculării, în timpul orgasmului, postejaculatorii.

— O problemă legată de o dificultate de excitare sexuală.

— O problemă deseori legată de cauze fizice medicale (de exemplu, micoze cu repetiție).

— O problemă legată uneori de o prea mare precipitare în timpul penetrării.

— O problemă asociată deseori cu dificultăți sexuale la bărbat, la femeie sau în cuplu: inhibiția dorinței*, impotență**, vaginism***, ejaculare precoce****.

Nu este vorba de:

— Un vaginism veritabil, adică de o contractură involuntară care împiedică orice penetrare.

— Întotdeauna de o problemă de origine psihologică: orice afecțiune locală poate antrena o durere.

— Întotdeauna de o problemă legată de absența dorinței sau a orgasmului. Unii suportă „mai puțin rău” durerea și pot să accepte penetrarea, asociată uneori cu declanșarea lubrifierii, ba chiar și a plăcerii, de îndată ce trece primul moment dureros.

Cauzele psihosexologice

Este vorba de:

— Uscăciune vaginală din inhibiția dorinței sau din lipsă de excitație. Ea conduce la o dispareunie datorată durerii și fricii (fricii de durere, de recidivă dureroasă, de necunoscut).

— Anumite practici sexuale sau anumite poziții. Ele pot provoca, prin durerea pe care o antrenează, o dispareunie orificială sau profundă.

* Vezi p. 99.

** Vezi p. 113.

*** Vezi p. 108.

**** Vezi p. 119.

Cauzele medico-chirurgicale

Este vorba de:

— Toate patologiiile locale sau loco-regionale care antrenează dureri: malformație, micoze, malpoziție uterină.

— Toți factorii responsabili de o scădere a lubrifierii: deficite hormonale, menopauză, atrezie postradioterapică și postchirurgicală.

Foarte des, dispareunia persistă și după tratamentul cauzei organice, pentru că reflexul de teamă față de durere s-a format, impunând necesitatea unui bilanț ginecologic, urologic și psihologic, altfel spus, o abordare pluridisciplinară.

Patricia, 35 de ani, se tratează de șase ani de micoze cu repetiție, după mai multe intervenții asupra episiotomiei. Prezintă o dispareunie orificială, cu vaginism reacțional. Durerea vulvo-vaginală i-a invadat viața de zi cu zi, mergând până la limitarea mersului și a anumitor poziții.

Bilanțul psihologic scoate în evidență diverse evenimente care se dovedesc primordiale în timpul tratamentului psihoterapic cu exerciții sexologice: conflicte cu mama care a murit de cancer uterin pe când se năștea primul copil al Patriciei; dezinvestirea feminității în favoarea maternității; tensiuni conjugale cu un soț absent...

■ Vaginismul: „Nu poate să mă penetreze”

Vaginismul este înainte de toate o problemă cu caracter mecanic, caracterizată prin contractură, uscăciune vaginală, durere. Ca în frica de orice fel, contractia musculară se numără printre semnele de tensiune musculară, întocmai ca tetanizarea musculară în timpul stărilor de stres, de anxietate acută, de crize de panică.

În vaginism apar adesea, alături de contractura vaginului, și alte semne de stres sau de panică anxioasă generalizată, pe măsura confruntării cu obiectul fricii (penisul, erecția, băr-

batul) și cu consecințele fricii (durerea anticipată, teama, anumite atitudini ale partenerului). Se remarcă:

— **Pe plan fiziologic:** palpitații, tremurături, tensiune abdominală, accelerarea ritmului respiratoriu.

— **Pe plan comportamental și cognitiv:** scenariu catastrofic, frici multiple, evitarea sau fuga din fața situației angoasante.

Vaginismul e și o problemă de imagine despre corp a femeii sexuate. Face parte vaginul din trupul meu de femeie? Este el un organ pasiv, de trecere, pentru conceperea și nașterea unui copil? Sau e un organ activ, dinamic, de excitare și de plăcere?

Este vorba de:

— O contractură reflexă a mușchilor perivaginali, care împiedică orice penetrare.

— Un motiv frecvent de prezentare la medic, legat adesea de dorința de a avea copil, iar mai rar de dorința de împlinire sexuală.

— Un vaginism veritabil, atunci când contractura este involuntară („nu stă în puterea mea, mă depășește”). Un vaginism reacțional, când contractura este voluntară, legată, spre exemplu, de lipsa dorinței sau de un refuz voluntar („nu vreau”).

— O problemă trăită adesea într-un corp dezinvestit sau, dimpotrivă, hiperinvestit în manieră intelectualizată („corpul nu stă pe primul plan”).

— O problemă asociată întotdeauna cu un sistem de gânduri negative: „nu sunt o femeie normală”, „nu merit să reușesc”, „partenerul se va descotorosi de mine” etc.

— O problemă asociată adesea cu fobii în viața cotidiană (de exemplu, agorafobia sau nosofobia).

— O problemă asociată uneori cu tulburări sexuale masculine, precum ejacularea precoce sau impotența.

— O problemă deseori agravată prin evitarea totală a raporturilor sexuale sau, dimpotrivă, prin hiperinvestirea deznierdărilor și a jocurilor amoroase ce nu țin de sexualitate.

— O problemă deseori agravată din pricina atitudinii de spectator față de tulburare sau din pricina pasivității partenerului, care uneori se simte bine așa. Nici unul din cei doi parteneri nu este atunci un element dinamic de schimbare.

Nu este vorba de:

— O lipsă de dorință, cel puțin la început, chiar dacă pe termen lung se poate ivi și această problemă.

— Dispareunie.

— O reacție voluntară sub forma ei veritabilă.

Cauze psihosexologice

Anumite cauze sunt vechi și fragilizante. Printre ele se numără:

— Traumatismele sexuale.

— Absența educației sexuale.

— Imaginea negativă despre corp.

— Culpabilizarea plăcerii.

— Tulburările psihiatrice (fobii sau obsesii).

Alte cauze sunt mai specific sexuale. Dintre acestea menționăm:

— Eșecul unui prim raport imposibil sau dureros.

— Eșecul unei prime experiențe amoroase.

— Frica de durere, de penetrare, de ejaculare, de gravitație, de naștere etc.

— Lipsa de experiență a partenerului.

Cauze medico-chirurgicale

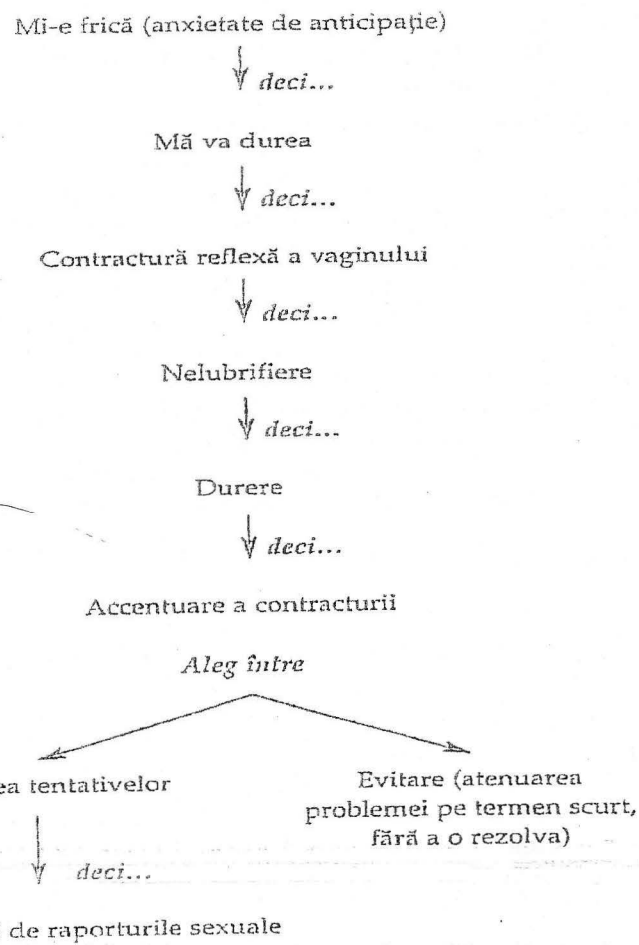
Orice malformație a aparatului genital, orice consecință chirurgicală asupra tonicității și a texturii vaginului, orice problemă hormonală care duce la uscăciune vaginală și la dispareunie poate antrena un vaginism, care va fi adesea reacțional la acești factori fizici locali. Se impune atunci un bilanț medical și psihologic.

Veronica, 23 de ani, a trăit o copilărie fără probleme, dar unde educația era strictă, axată pe noțiunea de datorie: munca avea întâietate față de plăcere. Un prim raport sexual cu un partener nepriceput a declanșat un vaginism, agravat de o viziune negativă asupra sexualității.

Letiția, 25 de ani, a suportat timp de mai mulți ani o relație incestuoasă. Tatăl ei îi spunea: „Cu cât te împlinești mai repede din punct de vedere sexual, cu atât vei fi mai capabilă să-ți alegi un soț potrivit”. Supunerea ei de copil, asociată cu păstrarea tăcerii, ba chiar și cu tăgăduirea din partea mamei, au făcut să se nască în ea o ură „întipărită”, neexteriorizată, față de bărbat și de sexul masculin, precum și un tenace sentiment de vinovăție (devalorizare de sine și a propriului corp). De atunci, Letiția s-a închis și și-a închis vaginul.

CICLUL REFLEX ÎN VAGINISM

Regăsim în mod sistematic un ciclu de condiționare înspre eșec



■ *Tulburările erecției: „nu-i destul de rigid”, „nu pot să penetrez”*

Tulburările erecției se caracterizează prin dificultatea de a atinge sau menține erecția înainte sau în timpul raportului sexual. Această problemă, evident, însoțește îndeaproape scăderea dorinței și scăderea excitației, deoarece absența poștei, precum și insensibilitatea corporală împiedică producerea erecției. O tulburare a erecției poate exista însă și în prezența unei dorințe și a unei excitații normale.

Erecția, fenomen fizic ale cărui interacțiuni emoționale și psihice au caracter sistematic, este ancorată, încă și acum, într-o simbolică a virilității, a potenței și a mândriei. Nu de puține ori, la apariția unei tulburări a erecției, câte un bărbat devine pradă depresiei și dezvoltă un nivel de anxietate extremă, cu accese de panică. Riscul e cu atât mai mare, cu cât erecția și raportul sexual au pentru el o importanță de ordin simbolic (cu cât se gândește mai mult să comande penisului, cu atât acesta „nu vrea să asculte”).

Este:

- Ceea ce în limbajul curent se cheamă impotență.
- O problemă fie primară, fie secundară, când survine după o perioadă sexuală „corectă”.
- O problemă fie globală, fie situațională, adică dependentă de anumite împrejurări (parteneri, fantasme, poziții, locuri).
- O problemă totală sau parțială: înmuiera penisului în timpul tentativelor de penetrare sau în timpul actului sexual; erecții semimoi sau semirigide chiar de la începutul raporturilor sexuale; absență totală de erecție.
- O problemă foarte frecventă după vârsta de patruzeci de ani, când penele sexuale sunt tot mai numeroase.

— O problemă foarte adesea de origine psihologică (în 80% din cazuri).

— O problemă legată uneori de cauze organice (vasculare, neurologice, hormonale) sau iatrogene (medicamente). Dar chiar și atunci când cauza e organică, ei i se adaugă întotdeauna factori psihologici de stres sau încordare.

— O problemă asociată întotdeauna cu anxietatea.

— O problemă agravată întotdeauna prin focalizarea asupra penisului și a reacțiilor sale fizice, prin atitudinea negativă a partenerei, prin obligația de a obține rezultate pozitive.

— O problema pe care întotdeauna o agravează gândurile parazite de eșec, de performanță, de eficacitate.

Nu este:

— O tulburare a ejaculării.

— O inhibiție a dorinței, cel puțin la început.

— O scădere a erecției de felul celei ce se produce după ejaculare, în cursul perioadei de rezoluție și a celei refractare.

— O scădere a erecției sau o dificultate în declanșarea erecției, de felul celei ce apare odată cu vârsta. Instalarea erecției poate necesita timp înainte de a fi totală. Timp cu atât mai mare, cu cât cuplul e mai rutinier, cu cât bărbatul e mai vârstnic sau cu cât capacitățile de excitare sunt mai slabe. Cu cât un bărbat înaintea în vârstă, cu atât mai mult este nevoie de timp, de calități, de condiții specifice pentru ca să se amelioreze excitația și deci și erecția.

Cauza și efectul

Pentru un efect nu există o singură cauză, ci un context plurifactorial în care se asociază câteodată cauze organice, iatrogene și psihogene. Menținerea erecțiilor nocturne și matinale, precum și a erecțiilor spontane trinite mai degrabă

spre anorganicitate, ceea ce însă nu înseamnă absența de cauze neurologice sau venoase. Și invers, dispariția erecțiilor nocturne și matinale nu înseamnă neapărat prezența unor cauze organice: o disfuncție sexuală psihogenă, veche și nerezolvată, se poate traduce și ea prin astfel de semne.

Odată cu vârsta, sporesc factorii de risc organic.

Oricare ar fi factorii organici, supraîncărcarea anxioasă, stresul și gândurile ruminative negative sunt sistematic prezente; ele trebuie luate în considerare și tratate. O tulburare a erecției se poate ivi după o operație chirurgicală care e îndejuns de neliniștitoare pentru a suscita teama de eșec, frica de nereușită, angosta în privința performanței.

Deseori are loc o potențializare a factorilor etiologici în apariția unei disfuncții sexuale: cumulul mai multor cauze duce la declanșarea problemei.

De foarte multe ori trebuie luat în calcul factorul individual, dat fiind că o aceeași cauză organică nu are neapărat același efect disfuncțional asupra sexualității. Este exemplul bine cunoscut al diabetului sau al bolilor cardiace. La anumiți bărbați se declanșează probleme sexuale din teama de consecințele acestor boli asupra sexualității lor. Alții, în ciuda acestor boli, sunt suficient de optimiști și de detașați, spre a nu face o legătură între boală și sexualitate: la ei nu se vor declanșa probleme sexuale.

Cauzele psihologice

Dintre acestea, cele mai frecvente sunt:

— Stresul și anxietatea legate de teama de eșec, de focalizarea asupra performanțelor sexuale.

— Oboseala sau astenia, ducând la inhibarea excitației.

— Culpabilizarea fantasmelor sexuale, teama de autoabandonare; teama de dorința sexuală a „femeii active”.

— Inhibițiile reacționale și lipsa autoafirmării.

— Traumatismele de ruptură, de respingere, de părăsire.

— Stările anxio-depresive și fobo-obsesionale.

Cauzele relaționale și conjugale

Aici este vorba cel mai adesea de:

- Monotonia, rutina, banalizarea vieții conjugale.
- Suprainvestirea activităților extraconjugale.
- Atitudinea negativă a partenerii față de sexualitate.
- Tulburări de comunicare.
- Tulburări sexuale ale femeii (vaginism, dispareunie).
- Conjugopatii: reglare de conturi prin sexualitate („cum tu ești urâcioasă și mă respingi, eu îți arăt prin lipsa mea de erecție că știu să te agrez și să te pedepsesc”).

Cauzele funcționale și organice

Dintre acestea, cele mai importante sunt:

- Cauzele vasculare, arteriale sau venoase.
- Cauzele neurologice după un traumatism accidental, în anumite boli precum scleroza în plăci sau diabetul, după o intervenție chirurgicală abdominală sau genito-urinară.
- Cauzele hormonale.
- Cauzele medicamentoase: antihipertensoare, diuretice, hipocoleste-rolémiant, hormoni și antihormoni, neuroleptice, antidepresoare.
- La cea mai mică bănuială, este necesar un examen medical. Nu trebuie să ezitați de a vă duce la consultație sau de a cere sfat.

Jean, 52 de ani, prezintă de trei luni o tulburare a erecției, cu debut progresiv, care se traduce prin slăbirea erecției, iar uneori prin lipsă totală de erecție. Simptomul a evoluat de o manieră fluctuantă, când spre evitare din teama de eșec, când spre obsesionalizarea verificării, ceea ce n-a făcut decât să agraveze problema. De șase luni încoace, acest bărbat nu mai are erecții nocturne sau matinale, dar mai are câteodată erecții spontane și insuficient de rigide.

Însurat de douăzeci și cinci de ani, tată a trei copii, Jean e bine instalat pe plan profesional. Viața sa de cuplu e stabilă, regulată.

CICLUL INFERNAL AL IMPOTENȚEI

- Obligație de rezultat
- Performanță
- Eficacitate mecanică
- A fi operațional pentru a obține orgasmul la parteneră

↓ deci...

- Încordare
- Verificarea erecției
- Atitudine de spectator

↓ deci...

- Frică
- Stres
- Excitație negativă

↓ deci...

Slăbire a erecției

↓

Pacientul alege între

- | | |
|--------------------------|---|
| — Repetarea tentativelor | — Evitarea fricii de eșec |
| | — Scăderea dorinței |
| | — Investire în alte sectoare ale vieții |
| | — Tulburări în cuplu |

Soția sa, care niciodată n-a ținut mult la sex, joacă un rol maternal: ea îi pregătește îmbrăcămintea, mesele, medicamentele.

Pe plan medical, Jean a avut un infarct la vârsta de 49 de ani (de altfel, problemele sale sexuale au apărut după perioada de convalescență). Mai este supravegheat și pentru un diabet insulino-dependent. Bilanțul său de sănătate nu arată, totuși, nici o anomalie organică prin care s-ar putea explica tulburarea.

În fapt, cum se întâmplă de multe ori, dispariția erecțiilor reflexe la acest bărbat se datorează unei probleme mai vechi. Jean acceptă cu greu constrângerile fizice legate de infarct, de diabet și de tratamentele pe viață pe care acestea le implică. Dintr-o dată, a dezvoltat o stare asteno-depresivă.

Ameliorarea sexualității a fost în acest caz posibilă printr-un travaliu personal vizând asumarea problemelor sale de sănătate. Un travaliu de cuplu a permis de asemenea soției sale să fie în mai mare măsură femeie și mai puțin „mamă”, iar lui Jean, să fie mai puțin dependent și supus. Acest travaliu a fost lung, având în vedere vechimea sistemului conjugal în care „se scăldau” amândoi.

Tulburări ale orgasmului

Aceste tulburări constau în următoarele:

— La bărbat: orgasmul survine prea repede (ejaculare rapidă); orgasmul survine prea târziu (ejaculare întârziată); absența orgasmului (anejaculare).

— La femeie: absența orgasmului (anorgasmie).

■ Ejacularea precoce: „pornește prea repede...”

Deși este la bărbat cea mai frecventă tulburare sexuală (20% din populația masculină are sau a avut această problemă în mod trecător sau permanent), ea nu este neapărat cel mai simplu de abordat.

Mulți bărbați nu o conștientizează, dat fiind că partenerele se mulțumesc cu plăcerea de care totuși au parte. În alte cupluri, se evită a se vorbi despre ea, ceea ce face ca problema să dăinuie ani de zile. De multe ori, abia când femeia aduce vorba de lipsa ei de orgasm, bărbatul își dă seama de problema lui.

Atenție, totuși: nu neapărat există o legătură între absența orgasmului și ejacularea precoce; un bărbat poate avea ejaculare precoce cu o parteneră cu orgasm mulțumitor, după cum o poate avea și cu o parteneră ce prezintă o anorgasmie atunci când el își controlează momentul ejaculării. Cele două probleme pot fi legate între ele, dar pot fi și pur și simplu concomitente, în care caz tratamentul uneia nu o va ameliora pe cealaltă.

În general vorbind, la ejacularea precoce există o hiperexcitabilitate sexuală, care poate fi accentuată prin răirea raporturilor. La asta se adaugă o excitabilitate „nervoasă”, legată de stresul de eșec și de dorința de a reuși cu orice preț, ceea ce mărește excitația totală și facilitează apropierea rapidă de nivelul limită, a cărui depășire duce la ejaculare. După cum

am semnalat deja, la un bărbat este neapărat nevoie să simtă venindu-i excitația pentru a nu se lăsa depășit de ea.

Este:

- Cea mai frecventă tulburare sexuală masculină.
- O problemă de gestionare a excitației.
- O problemă legată întotdeauna de o precipitare în raportul sexual, cu anticipare negativă a rezultatului (tendință a celui în cauză de a se gândi la rezultatul orgasmic înainte de a începe).
- O problemă foarte rar legată de o problemă fizică. Se poate totuși întâmpla ca o problemă dureroasă sau infecțioasă la nivelul penisului (fren scurt, fimoză) să fie cauza declanșării unei ejaculări precoce („cu cât mă doare mai tare, cu atât termin mai repede”).
- O problemă ce poate antrena o tulburare a erecției, o tulburare a dorinței sau absența ejaculării, mai ales dacă durează.
- O problemă asociată întotdeauna cu ruminări anxioase pe teme ce stau în legătură cu concepția masculină despre sexualitatea „normală” („trebuie neapărat să reușesc și să declanșez orgasmul partenerei”).
- O problemă deseori asociată cu conflicte interne mai mult sau mai puțin vechi la bărbat sau în cuplu (răzbunare inconștientă asupra partenerei; autopedepsire).
- O problemă foarte des accentuată de reacția partenerei față de tulburare (remarci nelalocul lor, tensiune conjugală, obligație de orgasm).

Nu este:

- O problemă legată de o hipersensibilitate a glandului sau a penisului.

- O problemă legată de prezența sau nu a orgasmului feminin. Un bărbat poate fi ejaculator precoce și totuși să declanșeze un orgasm la parteneră; sau poate să nu declanșeze orgasm la parteneră fără a fi ejaculator precoce.
- O problemă legată exclusiv de numărul de mișcări de du-te-vino în vagin.
- O problemă ținând de timpul petrecut în vagin.
- O problemă de erecție.

Cauzele psihosexologice

Acestea pot fi superficiale. Cităm dintre ele:

- Raritatea raporturilor sexuale, care sporește excitația prin lipsa de regularitate.
- Inițierea nesatisfăcătoare în sexualitate, necunoașterea nivelului de control necesar în excitație și repetarea ineficiențelor sexuale.
- Formarea unui reflex de inhibiție și de teamă de eșec după niște prime raporturi sexuale ratate din pricina împrejurărilor.
- Astenia, oboseala, proasta dispoziție.
- Prezența unei alte disfuncții sexuale, masculine sau feminine.

Dar pot fi și profunde, ca de exemplu:

- Acumularea factorilor de stres legați de personalitatea bărbatului sau prezența unei angoase „flotante” în viața de zi cu zi.
- Încălnația spre introspecție, spre tănuire, spre evitarea exprimării emoțiilor.
- Lipsa de exteriorizare a supărării sau a agresivității, care duce la accentuarea zbuciumului lăuntric: ejacularea precoce permite în acest caz „eliminarea explozivă a prea-plinului”).

— Frica de sexul feminin sau de soție, care se poate traduce prin precipitare, ca și cum ar fi vorba de a termina cât mai repede cu raportul sexual.

— Prezența unei vechi stări astenodepresive, care favorizează absența împlinirii și a satisfacției sexuale.

Cauzele relaționale și conjugale

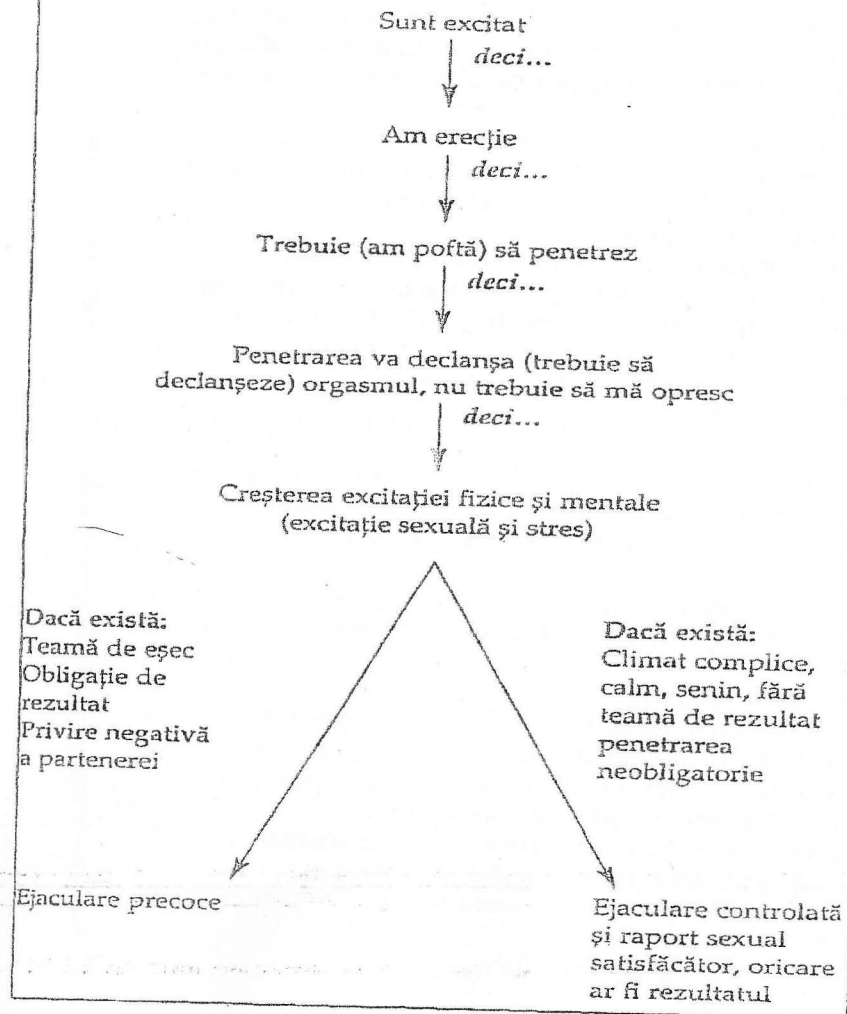
— O parteneră paralizantă sau ineficace poate să joace, prin cuvintele și gesturile sale, un rol de amplificator al eșecului și să accentueze la bărbat viziunea negativă despre sexualitate.

— În caz de conflicte conjugale legate de absența comunicării sau de relații de putere, ejacularea rapidă poate fi folosită de bărbat ca un mod de agresare simbolică a partenerei.

Cauzele funcționale și organice

Orice durere locală (penis, testicule) sau generală (osoasă, articulară, neurologică) poate duce la „rasolirea travaliului sexual” și la neglijarea activității genitale. Același lucru se întâmplă în cazul unei dureri apărute în timpul penetrării, durere legată, de exemplu, la bărbat de o fimoză, iar la femeie de o problemă somatică vaginală.

DERULAREA EȘECULUI LA EJACULAREA PRECOCE



■ *Ejacularea întârziată sau anejacularea:
„nu vine destul de repede”, „nu iese”*

De foarte multe ori bărbatul resimte absența ejaculării ca pe un blocaj, o tensiune, o frână, un spasm ce survine după un timp de excitație. Ne aflăm, așadar, în fața unei dificultăți (ejacularea întârziată) sau a imposibilității de a ejacula (anejacularea), în timp ce excitația sexuală este normală.

Ca și la anumite forme de anorgasmie feminină, una din problemele centrale este aici frica de a-și da frâu liber, nevoia de stăpânire, dificultatea de a se abandona propriilor senzații, așadar plăcerii și orgasmului.

Se face îndeobște distincție între anejacularea unui bărbat care prezintă o excitație cu totul normală și care se „zăvorăște” în momentul ejaculării (ceea ce împiedică exteriorizarea spermei), și anejacularea reacțională, unde absența ejaculării se explică prin absența dorinței și a excitației.

Am impresia că sunt foarte excitat, simt că ar putea să-mi vină, dar se blochează...

Mă tem să mă las în voia a ceea ce simt; de altfel, același lucru mi se întâmplă în viața de zi cu zi, nu spun ceea ce gândesc...

Nu simt nimic, am nevoie de altceva ca să mă excite...

Detest sperma, mă dezgustă...

Îmi place să mă stăpânesc în viața de zi cu zi; mă controlez tot timpul. Dacă slăbesc frâiele, risc să merg prea departe și să nu mai pot reveni înapoi...

Niciodată nu mă abandonez...

Îmi controlez întreaga viață, totul trebuie să fie perfect, nu sunt mulțumit decât dacă izbutesc să obțin rezultatele scontate...

Sunt foarte serios, sexualitatea mă stânjenește. Nu suport când sunt excitat, nu izbutesc să-mi controlez fantasmele...

De altfel, lucrul acesta nu-i foarte curat, mă simt vinovat...

Când soția mă dezmiardă, sunt încordat, mi-e frică...

Nu îndrăznesc să mă exprim. Am crescut într-o atmosferă de tăcere și de opreliști...

E rău să nu faci nimic, e timp pierdut...

Este:

— O tulburare pe care o descoperim adesea în cursul unui bilanț de infertilitate (dificultate de a avea copil, din lipsa ejaculării).

— O problemă ce poate fi primară, atunci când a existat dintotdeauna, sau secundară, atunci când a survenit după o perioadă de „funcționare corectă”.

— O problemă fie globală, fie circumstanțială, atunci când depinde de tipul de activitate sexuală sau de parteneră (ejacularea poate fi corectă prin masturbare, dar imposibilă în intravaginal sau în timpul unei stimulări făcute de parteneră).

— O problemă ce se traduce uneori printr-o ejaculare băloasă, după numeroase eforturi.

— O problemă deseori legată fie de o lipsă de excitație (mult sub nivelul necesar pentru ejaculare), fie de o excitație prea puternică (cel în cauză este atât de excitat, încât se blochează în momentul ejaculării).

— O problemă foarte adesea legată de o personalitate anxioasă, fobică, uneori evitantă, alteori rigidă și meticuloasă.

— O problemă uneori de sorginte organică (tulburări hormonale, medicamentoase etc.).

— O problemă care e asociată întotdeauna cu absența orgasmului.

— O problemă asociată uneori altor tulburări sexuale: disfuncție erectilă la bărbat sau dispareunie la femeie.

— O problemă care e întotdeauna în funcție de reacțiile partenerului față de tulburare (o reacție pasivă are efect liniștitor; o reacție negativă angoasează).

Nu este:

— O ejaculare retrogradă, care se traduce prin prezența orgasmului dar fără ejaculare exteriorizată (ejacularea se face

în vezică). Acest fenomen survine cel mai adesea după o operație chirurgicală, îndeosebi la prostată.

— O ejaculare fără plăcere (ejaculare anhedonică).

— O problemă legată, sub forma ei veritabilă, de o inhibare a dorinței (absența poftelor, lipsa de atracție sau frica împiedică orice interes pentru raportul sexual, urmarea fiind o ejaculare reacțională din dezinteres).

Cauzele psihosexologice

Deosebim două mari tipuri de cauze:

1. Lipsa de excitație, care împiedică atingerea unui nivel suficient pentru a permite ejacularea.

2. Excitația prea puternică, ducând la blocaj în momentul ejaculării.

La bărbații care prezintă o ejaculare întârziată sau o anejaculare, constatăm foarte frecvent un tip de personalitate dominat de nevoia de a se stăpâni, de a se controla, temător de a se abandona și a da frâu liber plăcerii.

Printre factorii psihologici frecvent implicați se pot cita:

— Contextul educativ din care a lipsit sau a rămas necunoscută noțiunea de plăcere.

— Lipsa de ucenicie în materie de sexualitate.

— Frica de penetrare, frica de femeie și de sexul feminin, fobia față de spermă (murdărie).

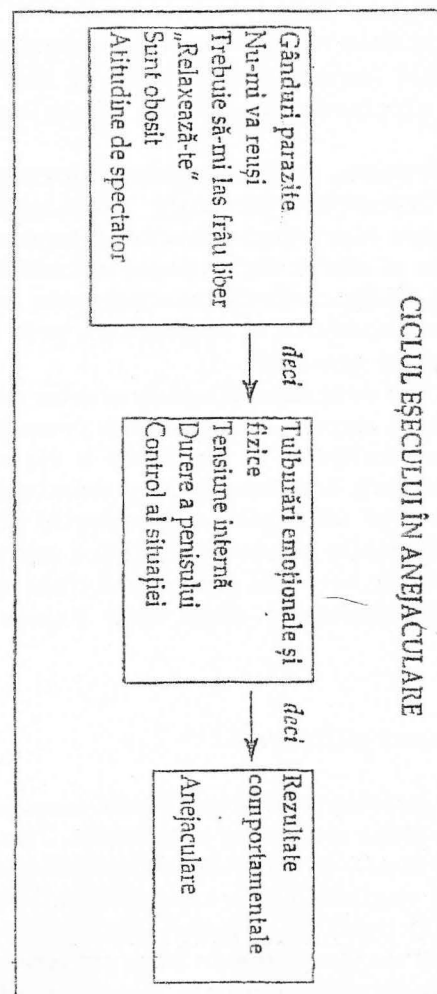
— Culpabilitatea față de imaginarul erotic și fantasmatic.

— Antecedentele unor traumatisme sexuale.

— Viziunea negativă despre propriul corp.

— Problematika legată de dorința de copil a cuplului.

— Conjugalitatea sau agresivitatea față de parteneră.



Cauzele funcționale și organice

Ele sunt rare. Totuși putem cita:

— Cauzele neurologice. Este vorba de consecințele alcoolismului, ale diabetului, ale insuficienței renale și ale altor maladii ce antrenează afectarea circuitului neurologic al ejaculării.

— Cauzele medicamentoase. Regăsim aici medicamentele sedative, îndeosebi psihotropele (anumiți antidepresori, neuroleptice, anxiolitice sau hipnotice) și antihipertensivele, care pot diminua excitația și afecta declanșarea ejaculării.

— Cauzele endocrine. Tulburările hormonale, prin scăderea asociată a dorinței, pot conduce la anejaculare prin lipsa de fabricare sau de secreție a spermei.

— Cauzele urologice. Ele sunt uneori asociate celor neurologice. Unii bărbați se plâng, după o intervenție la prostată, că nu mai au ejaculare; în realitate, ei prezintă o ejaculare retrogradă și nu o anejaculare. Medicul urolog trebuie să vă informeze după operație și să vă explice mecanismul acestei probleme din păcate ireversibile în starea actuală a cercetării medicale. Examenul urologic este util și în cazul când există bănuiala unei patologii urologice (mai ales patologii congenitale).

■ Anorgasmia: „nu simt plăcere”

Una din principalele probleme în anorgasmia feminină a fost mult timp legată de chiar definirea problemei. Timp de mulți ani, specialiștii au făcut, în fapt, deosebire între două orgasme — clitoridian și vaginal. Apoi, cercetările științifice au arătat că, oricare ar fi tipul de orgasm, clitoridian sau clitorido-vaginal, punctul de pornire este întotdeauna clitorisul, fie că este stimulat în mod direct sau în cursul mișcărilor intravaginale.

Dacă stimularea este localizată exclusiv la clitoris, avem de-a face cu un orgasm clitoridian; dacă în stimulare sunt asociate clitorisul și contactul intravaginal în cursul penetrării, așadar dacă există două surse de excitare paralele, orgasmul e clitorido-vaginal. Mai difuz, mai global, acesta din urmă este adesea considerat mai eliberator.

Este:

— O absență de orgasm sau o întârziere în declanșarea lui (cât privește frigiditatea, ea este legată de o inhibiție a dorinței”).

— O problemă primară, dacă a existat dintotdeauna: cauzele sunt atunci aproape întotdeauna psihologice. O problemă secundară, dacă survine după o perioadă de sexualitate satisfăcătoare.

— O tulburare care poate fi totală (absența plăcerii în timpul stimulării clitorisului și în timpul penetrării) sau parțială (menținerea plăcerii în unul din cele două cazuri).

— O tulburare care poate fi circumstanțială și să nu survină decât cu anumiți parteneri sau în anumite situații (loc, fantezie etc.).

— O problemă caracterizată la început prin menținerea dorinței sexuale, a excitației și a lubrifierii. Cu timpul însă, tulburarea totuși evoluează spre o inhibiție a dorinței sexuale („nemaiavăd plăcere, nu mai încerc”).

— O problemă foarte adesea legată de frica de a da frâu liber plăcerii.

— O problemă legată uneori de un partener sau un cuplu prea rapid, prea rutinier (raportul sexual e „rasolit”).

Nu este:

— O problemă exclusiv feminină”.

* Vezi p. 99.

** Vezi p. 124.

— O problemă legată de o anomalie medicală, decât în cazurile, foarte rare, de tulburări hormonale sau neurologice.

— O problemă de dorință.

— Nu este în mod sistematic vorba de o vină a partenerului, chiar și când există tulburări de ejaculare sau de erecție.

Cauzele psihosexologice

Printre cele mai frecvente se pot cita:

- Lipsa de inițiere sau proasta imagine despre corp.
- Autocontrolul sau frica de autoabandonare.
- Frica de necunoscut; frica de celălalt sau de sine însăși.
- Culpabilitatea sau interdicția oricărui factor de excitație (absența fantasmeleor, de exemplu).
- Traumatismele din copilărie și adolescență.
- Anxietatea, stresul, astenia fizică și psihică, oricare le-ar fi cauzele.

Cauzele relaționale și conjugale

Este vorba cel mai adesea de:

- Tulburări ale comunicării în stabilirea jocului amoros (dorință neexprimată despre ce anume se vrea sau nu).
- Conjugopatie.
- Lipsa de experiență a partenerului.
- Prezența unei alte disfuncții sexuale (ejaculare precoce sau impotență).

Cauzele funcționale și organice

Ele sunt rare, dar atunci când există, sunt cel mai adesea de natură neurologică, chirurgicală, hormonală sau medicamentoasă (sedativele, de exemplu).

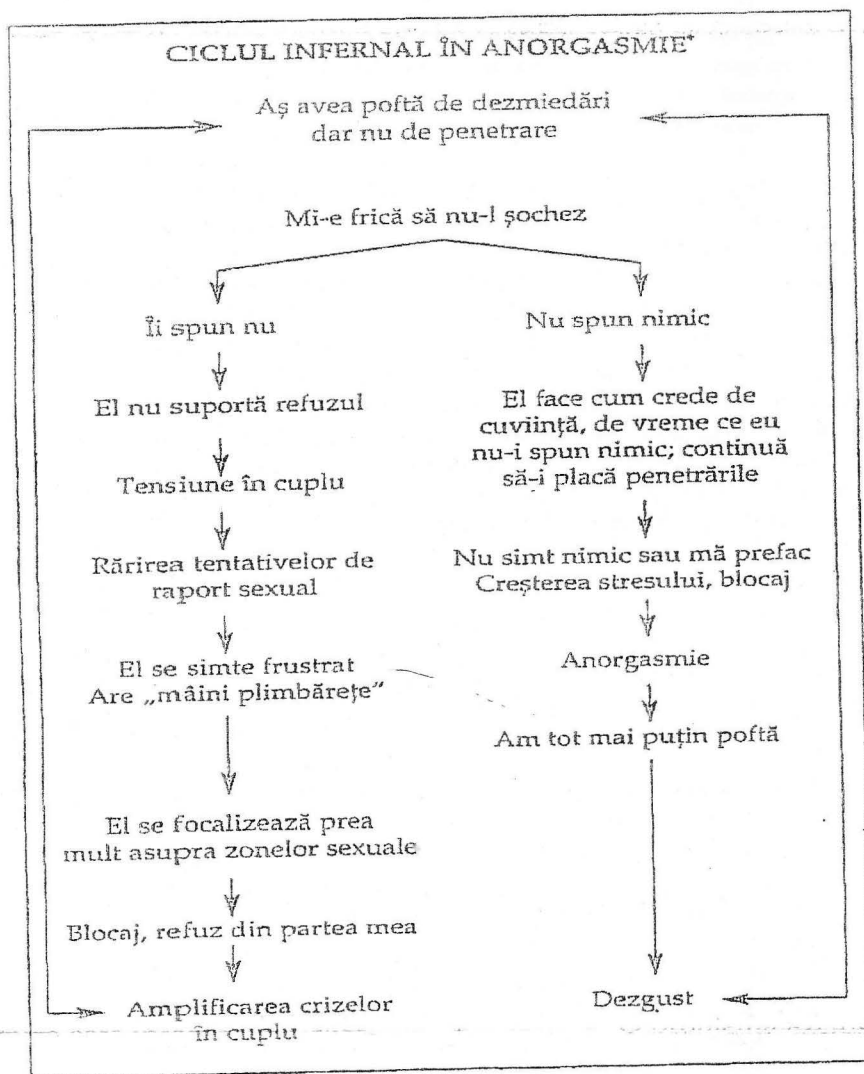
Anne-Sophie, 32 de ani, se plânge de anorgasmie vaginală, deși poate fără dificultate să aibă orgasm prin stimularea clitorisului.

Recunoaște singură că este „obsedată” de această absență a orgasmului și că acest gând îi invadează de la bun început jocul sexual.

Această obsesie este potențată de așteptările partenerului său, foarte atent la toate manifestările de plăcere.

În biografia ei nu există, propriu-zis, evenimente flagrante care ar putea să explice tulburarea. Decontractarea pare a fi principala problemă a acestei femei cu personalitate perfecționistă, care își controlează comportamentul cotidian și lasă puțin loc emoțiilor.

În fapt, descoperirea orgasmului a avut loc după o masă stropită cu ceva băutură. În acea seară, Anne-Sophie și-a putut îngădui să trăiască în imaginarul său fantasmele pe care până atunci și le interzisese. Și-a permis, tot așa, să-și exprime cu voce tare dorințele și așteptările, a fost ceva mai prezentă. A reușit să „dea frâu liber” corpului său și să se abandoneze senzațiilor.



* Ciclul infernal în cazul anorgasmiei este același ca al inhibiției dorinței.

CAPITOLUL 8

Faceți-vă bilanțul

Pentru a rezuma cele spuse pe parcursul capitolelor precedente, vă propun acum să vă alcătuiți un bilanț. În felul acesta veți putea să adunați la un loc cele mai importante informații privitoare la problema sexuală, la istoricul, cauzele și consecințele ei. Veți putea totodată să identificați soluțiile pe care le-ați încercat deja și care s-au vădit ineficace (ceea ce nu-i grav, căci există și altele, pe care le vom descoperi împreună în ultima parte a cărții de față).

Încercați să răspundeți fără grabă la întrebările de mai jos. Mai întâi răspundeți pentru dumneavoastră personal; cereți apoi partenerii/partenerului dumneavoastră să facă la fel, după care veți putea să comparați „grilele” dumneavoastră de lectură.

În răspunsuri folosiți la maximum pronumele „eu” (și mai rar „se” sau „noi”).

Problema

- Din ce motive am cumpărat această carte?
- Care-i problema mea?
- A cui e problema? (E posibil ca eu să am o problemă de ejaculare precoce sau de absență a dorinței și să nu-mi fac griji din asta).

— Cine suferă de pe urma problemei? (Eu pot suferi din pricina impotenței mele, dar pot să sufăr și din pricina lipsei de dorință a partenerei mele). Sufăr pentru mine sau pentru celălalt? Notați de la 0 la 10 gradul dumneavoastră de suferință din pricina problemei (0: deloc; 10: extrem de mult). Notați în același fel gradul de suferință al partenerei/partenerului dumneavoastră.

— Este o problemă pentru mine și prin ce anume? (Când răspundeți la această întrebare, faceți abstracție de partenera/partenerul dumneavoastră).

— Este o problemă pentru partenera mea/partenerul meu și prin ce anume?

Apariția problemei

— Ce situație sau situații au condus la apariția problemei?
 — Când anume a început problema (elemente de datare)?
 — În ce fel (în ce circumstanțe) a început problema?
 — Cum am reacționat eu la apariția problemei?
 — Cum a reacționat partenera mea/partenerul meu?
 — Cum era sexualitatea mea înainte de apariția problemei?
 — Ce făceam eu înainte de apariția problemei pentru bunul mers al sexualității?

— Ce făcea partenerul meu/partenera mea înainte de apariția problemei pentru bunul mers al sexualității?

Care sunt soluțiile pe care le găseam în timpul penelor precedente?

De la apariția problemei și până acum

— Cum a evoluat problema? Cu urcușuri și coborâșuri? Ori a rămas staționară? Ori s-a agravat?

— Cum a fost sexualitatea mea în toată această perioadă?

— Cum am reacționat eu din momentul ivirii problemei?

— Ce strategii am folosit? Am repetat raporturile sexuale spre a vedea ce se întâmplă? Sau le-am evitat, din teamă de eșec?

— Cum a reacționat partenera mea/partenerul meu din momentul în care s-a ivit problema?

În prezent

— Ce rămâne din sexualitatea mea?

— În ce fel reacționez acum în termeni de stres sau anxietate? (0: nu există tensiune; 10: există o tensiune extremă).

— În ce fel reacționez acum, legat de evitarea problemei? (0: nu o evit; 10: evit întruna să mă confrunt cu ea).

— În ce fel reacționează acum partenera mea/partenerul meu?

— Cum se repercutează problema mea sexuală asupra vieții mele conjugale și familiale?

— Cum se repercutează problema mea asupra vieții mele sociale (petrecerea timpului liber, prietenii)?

— Cum se repercutează problema mea asupra vieții mele profesionale?

Pe drumul spre schimbare

— Cine a solicitat tratament?

— Ce aștept eu de la această carte?

— Sunt pacient, cercetător sau client? Pacientul așteaptă, este pasiv, suportă cererea partenerei/partenerului, crede un pic și în magie; cercetătorul vine pentru el însuși, încearcă ipoteze, explorează, dar nu este neapărat gata să ia de bună explicația terapeutului; clientul este participant la tranzacție, este de acord să semneze cu terapeutul un contract terapeutic dacă există reciprocitate, este gata să joace un rol activ în demersul de schimbare.

— Doresc cu adevărat să profit de sfatul terapeutului spre a-mi ameliora sexualitatea?

— Mă pot ajuta singur?

— Sunt de acord să învăț schimbarea, etapă cu etapă?

— Ce-mi va aduce suprimarea problemei sexuale? Ce-i va aduce ea partenerei mele/partenerului meu?

— La sfârșitul programului de schimbare, după ce anume îmi voi da seama că problema a dispărut?

— Cum va arăta viața mea sexuală fără această problemă? Ce s-ar schimba practic în sexualitatea mea? Ce mi-ar plăcea să constat că s-a schimbat la mine? Ce mi-ar plăcea să constat că s-a schimbat la celălalt?

— Care-i, așadar, obiectivul final pe care urmăresc să-l ating? (Formulați acest obiectiv în termeni realiști!).

— Care este, pe o scară de la 0 la 10, gradul meu de satisfacție față de evoluția problemei? (0: total nesatisfăcut; 10: pe deplin satisfăcut de evoluția problemei).

— Care sunt etapele intermediare de parcurs spre a câștiga un punct în plus pe această scară de la 0 la 10? Ce m-ar face să spun mâine că am câștigat un punct față de ieri sau de astăzi? Ce anume aș face atunci altfel? Despre ce anume aș gândi altfel? Ce anume aș simți altfel din punct de vedere fizic? Ce anume mi-ar plăcea să facă altfel partenera mea/partenerul meu?

— Ce urmează să fac în practică pentru a ajunge la această primă etapă a schimbării?

■ În rezumat: problema mea sexuală

• Problema mea „mecanică” fizică

• Ce anume simt, emoțiile mele

• Ce gânduri parazite rumeg în sinea mea

• Atitudinile partenerei/partenerului

• Reacția mea față de problemă

• În ce măsură am probleme de sănătate; dacă iau medicamente

• Alte probleme pe care le am (în cuplu, familie, la serviciu...)

• Starea mea de stres pe o scară de la 0 la 10 (0: foarte destins(ă); 10: foarte încordat(ă), anxios (anxioasă))

■ În rezumat: istoricul problemei mele, consecințele ei

Declanșarea

— Ce anume situație (situații) a(u) condus la apariția tulburării?

— Ce reacție (reacții) am avut eu în urma acestei tulburări?

— Ce reacție (reacții) a avut partenera mea/partenerul meu?

De la apariția problemei încoace

— Cum a evoluat problema mea?

— Cum au evoluat reacțiile mele?

— Cum au evoluat reacțiile partenerii/
ale partenerului?

— Cum a evoluat viața noastră sexuală?

În prezent

— Cum se prezintă problema mea?

— Cum reacționez eu?

— Cum reacționează partenera mea/
partenerul meu

■ *În rezumat: tentativele de soluționare
care mi-au menținut sau agravat problema*

Cum reacționez eu?

— Prin indiferență: „nu-mi pasă, nu e
important...”

— Prin suprainvestirea timpului liber,
a maternității, a serviciului: „am altele
de făcut...”

— Printr-un sentiment de constrângere
însoțit de iritare sau de resemnare:
„îmi impun să am raporturi sexuale”

— Prin culpabilitate față de celălalt:
„ce o fi gândind despre mine?”

— Prin agresivitate față de celălalt:
„e vina ei/lui, nu-i destul de...”

— Prin gânduri negative, idei parazite
„nu sunt normal(ă)...”

— Prin obsesionalizarea tentativelor

— Prin dezvoltarea de alte tulburări
sexuale

— Prin anxietate sau printr-o
reacție depresivă

— Printr-o relație extraconjugală:
„mă duc să încerc în altă parte...”

Cum reacționează partenera/partenerul?

— Prin acceptare: „ce vrei, asta e”

— Prin ostilitate: „m-am săturat să
tot aștept...”

— Prin culpabilitate: „poate-i din vina mea...”

— Prin dezvoltarea unei tulburări sexuale

— Prin relații extraconjugale: „până una-alta, mă duc în altă parte...”

Aceste diverse implicații personale și relaționale sunt tentative de răspuns și de soluție la dificultățile întâmpinate; ele au toate tendința de a accentua problema, de a o croniciza.

DE REȚINUT

1. Încetați tot ceea ce ați făcut și mai faceți încă în legătură cu problema dumneavoastră, dacă astfel ea se accentuează.
2. Regândiți ceea ce ați reușit deja pe plan sexual procedând altfel.

PARTEA A TREIA

Ce-i de făcut pentru a schimba?

A-ți trăi mai bine sexualitatea

Întrebări, îndoieli și false certitudini

Factorii ce frânează schimbarea

La capătul drumului pe care l-ați parcurs în primele două părți, ajungeți într-un moment pe care-l așteptați cu nerăbdare și neliniște, ceea ce e perfect normal. Amintiți-vă de ceea ce am spus deja mai înainte.

REȚINEȚI

Găsirea de soluții nu-i o problemă, căci sunt destule. Important e să găsiți soluția care vi se potrivește în prezent. Aceasta nu este neapărat cea care vi se va potrivi mâine sau cea care li s-ar potrivi altora.

Lucrul asupra problemei dumneavoastră va parcurge mai multe etape. Pentru început, trebuie să deveniți conștient de diferitele categorii de frâne ce vă pot bloca înaintarea.

Îmi vine peste mână să vorbesc despre sex...

Despre sexualitate nu se vorbește la fel ca despre alte probleme medicale sau psihologice. Mai întâi, cu cine să vorbim despre ea? Cu soțul/soția? Ne-am putea imagina că el/ea e cel mai bine plasat(ă); totuși, cel mai adesea, el/ea este

în prea mare măsură angajat(ă) în problemă, în chip de cauză sau de element participant. În plus, este cel/cea care-i suportă consecințele. Și apoi, a vorbi despre sexualitate înseamnă pe undeva a da cărțile pe față, a termina cu aparențele, cu a te comporta „ca și cum...”. Pentru soți este adesea mai greu să fie autentici decât să se agreseze fără reținere...

Jean-Pierre era foarte violent în viața de zi cu zi și un pic „vulgar” în sexualitatea sa. De câte ori soția îi cerea tandrețe, el răspundea că așa ceva nu-i stă în putință: în acel moment se simțea inferior.

Individul purtător al problemei, soțul actor privilegiat, cuplul loc al problemei — iată diferitele entități care participă la problemă. Interacțiunile sunt de așa natură încât uneori nu purtătorul simptomului e cel de care ține problema. De cine sau ce trebuie să ne ocupăm atunci mai întâi? De soț, de soție, de cuplu? În fapt, de cel ce ne-o cere.

Thierry prezenta, din spusele partenerei sale, o ejaculare precoce. Ea îl împinsese să se ducă la medic, singur nu s-ar fi dus.

Această femeie suporta foarte greu situația, dat fiind că în trecut avusese un partener „eficace” din punct de vedere sexual, de care se despărțise din pricina unor conflicte repetate. Partenerul ei actual, altninteri mai agreabil, mai prezent, nu avea „bonusul” sexual al celui de mai înainte.

A vorbi despre sexualitate înseamnă a-ți arăta adevăratul chip, adevăratul corp, a-ți dezvălui inima. În dragoste, chiar dacă „jocul” amoros e fundamental, nimic nu e mai solid decât să fii autentic cu tine însuși și cu celălalt. Deseori aud femei spunând că, pentru a nu-și dezamăgi partenerul, au simulat timp de ani de zile orgasmul, singurul rezultat fiind frustrarea și minciuna. Dacă pot să mint în sexualitate, pot să mint și în viața de fiecare zi cu soțul.

REȚINEȚI

A vorbi despre sexualitate înseamnă a deschide poarta emoțiilor cel mai adânc tănuite în noi. Să nu uităm, totuși, că sexualitatea interesează cuplul, și nu doar pe purtătorul problemei.

Mi-e frică de privirea celorlalți

Mulți dintre noi se tem de judecata altuia, fără îndoială pentru că celălalt e văzut, în principiu, ca unul care n-are probleme.

Când suntem stresați, anxioși, când ne îndoim de noi înșine, nu vom reflecta asupra mijloacelor de a ameliora ceea ce la noi e susceptibil de ameliorare, ci ne vom compara cu ceea ce ne pare a fi un referent, ca și cum celălalt ar fi întruchiparea normei. Căutăm aiurea, la celălalt, ceva care să ne întremeze cât de cât în suferința în care suntem, numai că asta nu face decât să ne complexeze și mai mult.

REȚINEȚI

Persoanele „complexate” sunt totdeauna mai exigente în privința normelor și mai negative când se evaluează pe sine.

La celălalt ne putem raporta în diverse moduri:

— El este cel care n-are această problemă, el este referința „normală”.

— El este cel care mă va judeca și asupra căruia proiectez temerile mele (dacă eu apreciez că nu sunt la înălțime din punct de vedere sexual, cu siguranță că și celălalt gândește la fel despre mine).

— El este cel care ar face mai bine ca mine în aceeași situație.

— El este cel de la care aștept totul: plăcerea, recunoștința, iubirea, sprijinul, ocrotirea, blândețea, forța, siguranța, autonomia...

În loc de a ne compara atitudinile cu cele din ajun, de săptămâna trecută sau de anul trecut, ne comparăm, ca din întâmplare, cu cineva căruia nu-i cunoaștem viața intimă, dar despre care presupunem că face mai bine ca noi, accentuând astfel imaginea proastă pe care o avem despre noi înșine.

REȚINEȚI

Toată lumea a avut, are sau va avea pene sexuale. Să nu proiectăm asupra celui alt gânduri sau remarci izvorâte din propriile noastre neliniști. Celălalt nu este noi. Nu ne putem compara decât cu noi înșine.

Mi-e rușine de viața mea sexuală

A vorbi despre sexualitate înseamnă a vorbi despre plăcere, juisare, fantasme, sex, ceea ce nu-i deloc simplu. Când e la mijloc și o tulburare sexuală, mai trebuie vorbit și de suferință: cea pricinuită de degradarea imaginii despre sine, cea a diferenței, cea a îmbătrânirii, cea a respingerii, cea legată de interdicțiile plăcerii.

Există obligatoriu o închidere în sine sau în cuplu. Rușinea legată de o nepricepere, rușinea prin raportare la celălalt, prin raportare la o presupusă normă, prin raportare la educația primită — iată tot atâtea piedici în calea senzualității descătuseate și, deci, în calea plăcerii.

Muriel, 23 de ani, venea la consultație din pricina anorgasmiei. Îmi vorbea despre „frânele” sale în momentul orgasmului: crispări, dezgust, respingere a bărbatului, retragere în sine, culpabilitate, plânsete. Se autocaracteriza drept o persoană care-și controlează permanent viața, munca, emoțiile. Plăcerea, lăsarea în voia simțurilor i se păreau obscene și animalice.

REȚINEȚI

Satisfacția, plăcerea sunt emoții ce se curvin respectate la fel ca și suferința. Aceste emoții participă la împlinirea ființei umane și sunt motoarele acesteia.

Am tot timpul!

După cum am văzut, ciclul infernal al fricii îl face pe cel în cauză fie să evite problema, fie să ajungă obsedat de ea. Timpul trece, problema rămâne, se cronicizează, se agravează sau favorizează apariția unei alte tulburări, care uneori n-are nimic de-a face cu nemulțumirea inițială.

Jean-François, 38 de ani, a prezentat mai întâi o problemă de erecție. La început, problema se manifesta exclusiv în cursul săptămânii, după o zi de muncă supraîncărcată. Când se afla în week-end sau pleca în concediu, raporturile sexuale erau satisfăcătoare.

Timpul trecând, iar el fiind prins în diferite activități, a observat că treptat problema se agravează. Teamă s-a transformat în panică. Sofia, la început conștientă, a devenit irascibilă dându-și seama că raporturile sexuale devin mai rare, iar soțul e tot mai puțin tandru. Jean-François se întorcea acasă din ce în ce mai târziu, era din ce în ce mai distant, din ce în ce mai obosit. S-a dus „de probă” în altă parte, dar fără succes. Apoi s-a apucat să bea, pentru a-și ameliora performanțele. Tot fără succes.

L-am primit la consultație pentru probleme de alcoolizare și o stare anxio-depresivă, la zece ani după debutul tulburărilor. Atunci a putut să abordeze această lentă degradare care a avut drept punct de plecare o proastă gestionare a timpului și a activității sale profesionale.

De multe ori oamenii își zic că treaba se va aranja de la sine. În cazul sexualității, asta se întâmplă rar: angoasa eșecului și evitarea fac ca uneori tulburarea să persiste ani de zile. Conflictele, dificultățile personale și relaționale se

focalizează asupra problemei sexuale, făcând din ea pricina tuturor necazurilor noastre, când în realitate ea este doar o consecință a acestora. Nu rareori vedem femeii care prezintă un vaginism cum vin la consultație la un deceniu după căsătorie, cu gândul de a rămâne gravide.

REȚINEȚI

O problemă sexuală nu se reglează apelând la soluții caricaturale. Pe termen scurt, și în cel mai bun caz, acestea asigură un răgaz; pe termen lung, ele agravează problema.

Cunosc cauza!

Deseori se crede că e suficient să știi de unde provine o problemă pentru ca ea să dispară. Nu-i deloc suficient, dat fiind că rareori avem de-a face cu o singură cauză. Ecoul psihic al tulburărilor (anxietate, depresie, dificultăți conjugale) adaugă problemei cauze suplimentare. Pentru a ști care e problema mea și ce sau cine trebuie tratat cu prioritate, este necesar să triem între cauzele fizice, psihice și conjugale.

În cazul inhibării dorinței la o femeie care a suferit în copilărie un traumatism sexual, suntem îndreptățiți să facem o legătură între traumatismul sexual și inhibiția dorinței. Există totuși posibilitatea ca această problemă traumatizantă veche să se fi cicatrizat, ca rana psihologică să se fi cicatrizat și ea și ca tulburarea sexuală să aibă mai multă legătură cu necunoașterea propriei intimități.

La consultații întâlnesc cu regularitate următorul caz: un bărbat prezintă o impotență sexuală pe fond de diabet, de hipertensiune. Tratamentul constrângător pe care-l urmează de ani de zile l-a dus la un consum excesiv de țigări și de alcool pentru a-și calma nervozitatea și supărarea. Cuplul se fragilizează, bărbatul e hiperstresat la serviciu și în acest context prezintă o dificultate sexuală. Toți acești factori pot

juca un rol în impotența sa, amplificându-se unii pe alții; se mai adaugă frica de eșec, îngrijorarea în privința viitorului sexual pune capac la toate. Un astfel de caz nu e câtuși de puțin rar.

REȚINEȚI

Nu totdeauna ceea ce e evident este și determinant într-o problemă.
Cunoașterea cauzei nu rezolvă întotdeauna problema.

Soțul/soția mea nu-i la curent. Cum să-i vorbesc?

Nu-i ușor de abordat o problemă sexuală într-un cuplu care n-a discutat niciodată despre sexualitate. Pentru început ar trebui clarificată cât se poate de bine problema, fiecare ar trebui să se informeze singur, citind și încercând să înțeleagă ce se întâmplă. Totuși, la un moment dat, va trebui discutat în doi.

Formulez argumente de natură să conducă la o discuție...

Evidențiez avantajele unei abordări comune...

Revin asupra amintirilor din trecutul trăit împreună, pe vremea când nu exista nici o problemă...

Invoc lucrurile din care se alimentea fericirea cuplului nostru...

Reamintesc inconvenientele lipsei de comunicare, ale tăcerii, ale reținerii de a spune lucrurilor pe nume...

Folosesc pe „eu” spre a personaliza cererea mea de ajutor, în loc de „tu ar trebui”, „noi ar trebui” sau „ar fi cazul să”...

Este esențial să se determine nivelul de maturitate, de echilibru, de împlinire conjugală. Dacă un cuplu este stabil și armonios, problema sexuală este mai ușor de abordat, soții sunt mai dispuși să accepte un efort de reflecție comun. Pe când dacă un sistem conjugal este dizarmonic, fragilizat de

problema sexuală sau cauzator al problemei sexuale, va fi necesară o etapă de restructurare a cuplului înainte de a aborda problema sexuală.

REȚINEȚI

Sexualitatea este un dialog, nu un monolog.
Nu ezitați să evocați amintirile pozitive din trecut și să sugerați avantajele unei comunicări înnoite între voi.

Vreau o sexualitate perfectă!

Dacă pentru mulți criteriul vindecării este rezolvarea problemei sexuale, nu-i mai puțin adevărat că trebuie câștigate anumite etape intermediare: de pildă, ameliorarea comunicării în cuplu, revenirea la dezmierdări sau gestionarea stresului. În toate cazurile, obiectivul final nu poate fi eficacitatea sistematică și reușita de fiecare dată.

În fapt, lucrul de căpetenie este schimbarea, adaptarea, determinarea a ceea ce este cel mai bine pentru mine în chiar momentul când îmi asum răspunderea problemei. Ceea ce mi-ar fi de ajutor astăzi s-ar putea ca mâine să nu mi se mai potrivească; ceea ce în sexualitatea mea, în cuplul meu îmi face plăcere astăzi s-ar putea să nu coincidă cu ceea ce îmi va face plăcere mâine; ceea ce pe plan emoțional am simțit cu partenerul meu ieri poate că nu e identic cu ceea ce simt astăzi.

REȚINEȚI

Fiecare act sexual este unic, el nu poate fi reprodus întocmai de la o zi la alta.

Pentru unii bărbați, dispariția blocajului rezolvă problema: ei învață să-și controleze excitația spre a-și gestiona mai bine ejacularea precoce; învață să se masturbeze pentru a debloca

o lipsă orgasmică. Pentru alții, soluția trece prin definirea unor obiective intermediare care vor favoriza desensibilizarea și adaptarea progresivă: ei învață să privească, să atingă, să exploreze zonele sexuale... Pentru alții, în fine, rezultatul poate că nu va fi rezolvarea problemei sexuale propriu-zise, ci dispariția unor probleme asociate (stres, dificultăți conjugale, imaginea despre corp), ceea ce poate fi de-ajuns pentru restabilirea confortului psihic personal. Problema sexuală va înceta atunci de a mai fi trăită ca o problemă, chiar dacă nu e complet reglată.

Anninck și Robert trăiesc într-o relație de cuplu de mai bine de douăzeci de ani. Vin la consultație pentru o inhibiție a dorinței pe care Anninck o prezintă de la venirea pe lume a copiilor (ultimul are 8 ani).

Această femeie se plânge mai ales de faptul că, la capătul celor trei sarcini, a luat douăzeci de kilograme în greutate. Nu-i mai place propriul corp și, ca reacție, a dezvoltat o stare depresivă. Deși inițial o satisfacea, relația cu soțul ei a avansat către o progresivă distanțare. O psihoterapie orientată asupra imaginii de sine, încrederii în sine și autonomizării ca femeie (mai degrabă decât ca mamă) i-au permis lui Anninck să-și regăsească un anumit echilibru. Nu a mai fost necesară și o sexoterapie asupra inhibiției dorinței. Regăsirea echilibrului psihic a fost suficient pentru reluarea unei activități sexuale care nu era mereu „extraordinară”, dar, în cazul acestui cuplu, era suficientă.

REȚINEȚI

Vindecarea nu înseamnă întotdeauna suprimarea totală a problemei sau revenirea la „normal”. Poate fi de-ajuns și o schimbare parțială.
Restabilirea echilibrului și a confortului psihic produce întotdeauna efectul „bulgărelui de zăpadă”: un mic progres atrage după sine un altul ș.a.m.d.

Mă pot ajuta singur?

Nimic nu se poate face fără participarea dumneavoastră.

Dumneavoastră aveți un rol activ în ivirea problemei, iar a spune asta nu înseamnă a vă culpabiliza. Prin anumite blocaje, atitudini sau false credințe, dumneavoastră participați la declanșarea problemei. Din frică de eșec, agravați tulburarea. Evident, există și cauze ce nu țin de dumneavoastră (un traumatism suferit, o operație chirurgicală, conflicte), dumneavoastră le suportați doar, dar în prezent ce anume vă spuneți în sinea dumneavoastră?

— **Prima soluție:** îmi spun că de problema mea este răspunzător celălalt sau situația și că urmează să aștept ca celălalt sau situația să se schimbe. S-ar putea să aștept mult și bine.

— **A doua soluție:** îmi spun că pot face și eu câte ceva și că voi încerca să găsesc o soluție care să-mi convină. Nu mai sunt pasiv(ă), nu mă mărginesc să suport problema, ci caut să-mi schimb modul de a vedea și atitudinea față de anomalie. Această implicare personală înseamnă deja că lucrul e pe jumătate făcut.

REȚINEȚI

Una e să spui „vin la consultație ca să-i fac plăcere soției/soțului, să nu o/să nu-l pierd”, și alta să spui „vin pentru mine, pentru a învăța, pentru a mă împlini mai bine”, ceea ce, pe cale de consecință, va fi de folos cuplului dumneavoastră.

Dacă întreprind demersul pentru celălalt, voi căuta o terapie magică, „cu minimum de osteneală”, și în mod sigur nu voi avea răbdare. Dacă-l întreprind pentru mine însumi, voi fi mai pregătit să mă investesc, să „muncesc”, să-mi fixez obiective progresive, să mă repun în chestiune, să accept recăderile sau penele.

Scopul devine atunci căutarea unui mai bun echilibru în respectul față de mine însumi, a unei împliniri personale din care va avea de câștigat cuplul. Scopul devine atunci și cel de căutare a propriei responsabilități, nu întotdeauna voluntare, pentru dăinuirea anomaliei sexuale și conjugale. Dacă îmi spun mereu „vina e a celuilalt”, atitudinea mea nu va fi prielnică schimbării. O astfel de atitudine e tot atât de antiterapeutică și de ineficace ca și aceea de a spune că celălalt n-are nimic de-a face cu problema mea, că eu sunt singurul vinovat.

Vrând-nevrând, sunteți parte integrantă a problemei și a soluționării ei.

REȚINEȚI

Schimbarea nu se va produce decât dacă sunt pregătit să schimb câte ceva în deprinderile mele de viață. Nici o ameliorare de durată nu se va efectua pasiv și magic, așteptând să se schimbe celălalt.

Scopul cărții de față este acesta: de a vă ajuta să găsiți un alt răspuns la problema dumneavoastră decât cel pe care-l aveți acum. A căuta să te ajuți singur înseamnă deja a ieși din tine, din ruminările tale, din introspecție, din îndoielile tale, din inhibiția ta. A căuta soluții înseamnă deja a exterioriza.

Autoajutorarea este utilă atunci când sunteți singur(ă), fără o parteneră fixă, stabilă/un partener fix, stabil, sau atunci când viața conjugală nu permite, pentru o vreme, un demers de cuplu.

Ne putem ajuta în cuplu?

Această alegere este un mod de a exterioriza problema. Celălalt, partenerul, s-ar putea să nu fie întotdeauna cel mai bine plasat pentru a discuta despre problemă, dar el va trebui

totuși, la un moment dat, să participe la tratament, la căutarea unei soluții.

Partenerul face parte integrantă din „jocul sexual”, din comunicarea corporală și verbală. El poate deveni coterapeutul, asistentul, sprijinul indispensabil; poate deveni conștient de responsabilitatea sa în apariția și menținerea anomaliei sexuale; poate deveni partenerul activ necesar împlinirii sexuale a cuplului.

Știți, desigur, foarte bine că încercarea de a rezolva de unul singur o problemă sexuală nu face decât să amplifice dificultatea. Raportul sexual e un raport în doi, lucrul acesta nu trebuie uitat.

DE REȚINUT

- A trata cauza fizică a unei probleme sexuale nu-i totdeauna suficient pentru ca problema să dispară: frica de eșec, preocuparea obsesivă pentru performanță e posibil să fie suficient de infiltrate pentru ca tulburarea să persiste în ciuda dispariției oricărei cauze fizice.
- Vindecarea nu trece întotdeauna prin suprimarea simptomului, ci poate necesita adaptarea la problemă (atenuarea stresului și a aprehensiunii proprii față de tulburare, găsirea de alte jocuri erotice cu partenera/partenerul).
- E normal să ai din când în când pene și eșecuri. A fi întotdeauna perfect și eficient este un ideal; nu o posibilitate realistă.
- Reușita sexuală nu se măsoară prin numărul de raporturi sexuale sau prin numărul de decibeli emiși de partener(ă).
- Nu așteptați să ajungeți la nivelul optim pentru a reîncepe să aveți contacte sexuale. Riscați astfel să nu le începeți niciodată.

A vrea să purcezi la tratamentul unei probleme sexuale nu înseamnă nicidecum că vei găsi în mod magic Soluția (cu S mare). În schimb, este esențial să fii pe deplin conștient că în mod sigur există o soluție la dificultățile tale actuale.

CAPITOLUL 10

Confruntarea cu dificultățile

Metodele ce s-au dovedit eficiente

După această etapă de clarificare, veți putea acum să alegeți terapia care vă convine, cea care vă va permite o postură optimă pentru aplicarea soluției căutate.

Terapiile cognitivo-comportamentale

În acest ghid vom utiliza împreună principiile terapiilor comportamentale, cognitive și emoționale. Această formă de terapie se bazează pe noțiunea de învățare în situația când suntem confrunțați cu comportamente și moduri de gândire disfuncționale.

■ Principiul

Terapia comportamentală, cognitivă și emoțională este o terapie a prezentului. Cauzele profunde nu sunt căutate decât atunci când există temeuri serioase de a ne interesa de ele și când ne sunt de folos la rezolvarea problemei. Reflecția asupra trecutului nu este un *a priori* al pornirii la drum. Nu este atât o terapie axată pe „de ce?” (de ce am cutare problemă?), cât una axată pe „când și cum?” (cum să îndrept lucrurile?), pe

dobândirea de instrumente pentru o mai bună gestionare a comportamentelor de eșec, a gândurilor parazite și a emoțiilor negative.

REȚINEȚI

A ști de ce am cutare problemă nu-i de-ajuns pentru a o înlătura.

— Analiza funcțională este baza care ne permite să deslușim simptomul în aici-și-acum, atât pe plan comportamental, cât și pe planurile cognitiv și emoțional. Pacientul este activ în autoobservarea și înțelegerea mecanismelor de ivire și de menținere a anomaliei. Prin chiar aceasta, el învață să-și autocontroleze problema. Terapeutul, cald și empatic, întărește pozitiv orice progres cât de mic; el discută cu pacientul despre definirea obiectivelor și a ipotezelor privind apariția și menținerea comportamentului-problemă.

— Obiectivele definite sunt puse în practică între ședințe și sunt validate prin experiență în cursul unor exerciții efectuate de pacientul însuși în viața de zi cu zi. Orice blocaj poate prilejui modificarea protocolului terapeutic, care va fi rediscutat între pacient și terapeut.

— Istoria pacientului nu este luată în considerare decât dacă joacă un rol în apariția simptomului și în menținerea lui.

Această terapie de scurtă durată este eșalonată pe un număr limitat de ședințe: în medie o duzină, focalizate asupra unor obiective precise și ducând la schimbări pertinente. Ea poate fi totuși mai lungă, în caz că se lucrează asupra trăsăturilor de personalitate și a dificultăților conjugale. În sfârșit, această terapie se bazează pe o evaluare științifică, în scopul definirii criteriilor de eficacitate.

■ Tratament potrivit în funcție de problemă

Sexoterapia comportamentală este axată pe exerciții concepute pornind de la principiile teoriei comportamentale și cognitive. Ea combină exerciții practice (de exemplu tehnica Squeeze în cazul ejaculării precoce sau tehnica lui Kegel în cazul vaginismului) cu tehnici tipic comportamentale (desensibilizare sistematică, tehnica de expunere la stres), cognitive (discuție despre credințe) sau emoționale.

Tratamentul ales va depinde, evident, de natura problemei, dar și de modul în care ea se exprimă. Se pot întâlni trei categorii de cazuri:

1. Problemele sau consecințele sunt externe, observabile (vorbim atunci de comportament manifest):

- slăbirea erecției;
- evitarea raporturilor sexuale, fugă, compensare prin alte activități;
- repetare obsedantă;
- contractură reflexă a vaginului;
- durere;
- ejaculare înainte de penetrare.

Tratamentul acestor probleme ține de terapiile comportamentale.

Este exemplul Terezei, care se plângea de anorgasmie primară și care nu găsisese drept soluție decât o și mai mare focalizare asupra senzațiilor de excitație, spre a le simți mai bine. Ea reproducea atitudinile, pozițiile, conduitele despre care credea că duc negreșit la orgasm. În realitate, această focalizare asupra rezultatului o făcea să fie și mai încordată, și mai crispată în căutarea reușitei. Tereza se gândea deja la scop, înainte de a-și fi dat mijloacele de a ajunge la el. Nu se plasa în prezentul senzației și al relației.

2. Problemele sau consecințele sunt interiorizate, neobservabile (vorbim atunci de comportament închis, de cogniții):

- ruminări;

- credințe iraționale;
- gânduri parazite;
- lipsă de fantasme;
- imaginar erotic culpabilizat sau absent.

Tratamentul acestor probleme ține de terapiile cognitive.

Este exemplul lui Antoine, care prezintă o problemă de anejaculare și nici măcar nu așteaptă să se afle într-o situație de raport sexual pentru a-și construi scenariul de eșec: „Voi rata și de data asta, se va întâmpla ca de obicei, rezultatul negativ e ineluctabil”. Când încearcă să aibă un raport sexual, primul gând care-i vine în minte se prezintă sub forma unui ordin pe care și-l dă sieși: „Dă-i drumul, relaxează-te, lasă-ți frâu liber”. Acest discurs interior este cel mai bun mijloc de a menține eșecul: acest gen de ruminare este tocmai opusul decrispării.

3. Problemele sau consecințele sunt interiorizate, dar uneori observabile pe plan emoțional sau corporal (se vorbeste atunci de comportament închis emoțional):

- stres;
- angoasă;
- palpitații;
- tremurături;
- nod în gât;
- roșeață;
- dureri abdominale.

Tratamentul acestor probleme revine terapiilor emoționale sau corporale.

Este exemplul lui Daniel, care de trei ani prezenta o impotență parțială.

Cauzele imediate păreau evidente: boală diabetică, probleme cardio-vasculare, tratamente medicamentoase asociate. Totuși, în cursul convorbirii a reieșit că, în realitate, agravarea clinică a tulburării urma unor accese de panică atunci când Daniel se apropia de momentul unui raport sexual. Prezența unei dureri abdominale, legată de stres, devenise semnalul eșecului. Atunci, spunea el, își pierdea

toate mijloacele și îndeosebi erecția. Absența acestei dureri era pentru el semnul că un raport sexual ar putea, eventual, să fie mai satisfăcător.

CE INTERES PREZINTĂ TERAPIILE COMPORTAMENTALE ȘI COGNITIVE

- Eficacitatea lor a fost dovedită științific.
- Este o terapie de scurtă durată axată pe dobândirea de mijloace și pe căutarea de soluții.
- Baza tratamentului este mai degrabă „cum să îndrept lucrurile?”, decât „de ce sunt așa?”.
- Se acționează direct asupra gândurilor parazite, a emoțiilor perturbatoare și a comportamentelor inadecvate.
- Fiecare are un rol activ; motivația personală este foarte importantă.
- Există exerciții practice de făcut acasă.
- Nu există recădere dacă problema a fost bine analizată și dacă au fost găsite soluții adevărate (și nu simulacre de soluții).

În miezul schimbării

Anxietatea în privința performanței și anticiparea eșecului sunt factorii cărora li se datorează penele sexuale. Ele intră foarte des în mecanismul explicativ al problemelor sexuale și de aceea constituie preocupările de bază în terapie. Excitația sexuală se află în centrul acțiunii terapeutice, ea fiind necesară, deși nu și suficientă, pentru producerea erecției, a lubrifierii, iar mai apoi a plăcerii și a orgasmului.

REȚINEȚI

Tot ceea ce îmi mărește stresul și îmi diminuează excitația accentuează problema. Și invers, tot ceea ce îmi diminuează stresul și (sau) îmi sporește excitația îmi favorizează sexualitatea.

Valéry, 28 de ani, a prezentat dintotdeauna o ejaculare rapidă, își trăia sexualitatea la fel ca viața sa profesională. Era o provocare permanentă. Soția sa era și ea foarte exigentă în privința rezultatului sexual și întârea în el această atitudine de reușită cu orice preț. Raportul sexual devenea un loc de performanță și de izbândă. Cât timp a dăinuit acest sistem, nu a fost cu puțință nici o evoluție. Așteptările (neîmplinite) ale femeii și căutarea provocării de către bărbat nu permiteau acestui cuplu o sexualitate satisfăcătoare. Ameliorarea comunicării verbale (în vederea desprinderii de credințe date de-a gata, de ceea ce trebuie făcut cu orice preț pentru a fi normal, și în vederea stabilirii de noi reguli, mai suple, în jocul sexual) a fost o etapă importantă a schimbării. În paralel, învătarea tehnicilor de gestionare a stresului a fost determinantă atât pentru viața profesională a lui Valéry, cât și pentru întâlnirea sexuală.

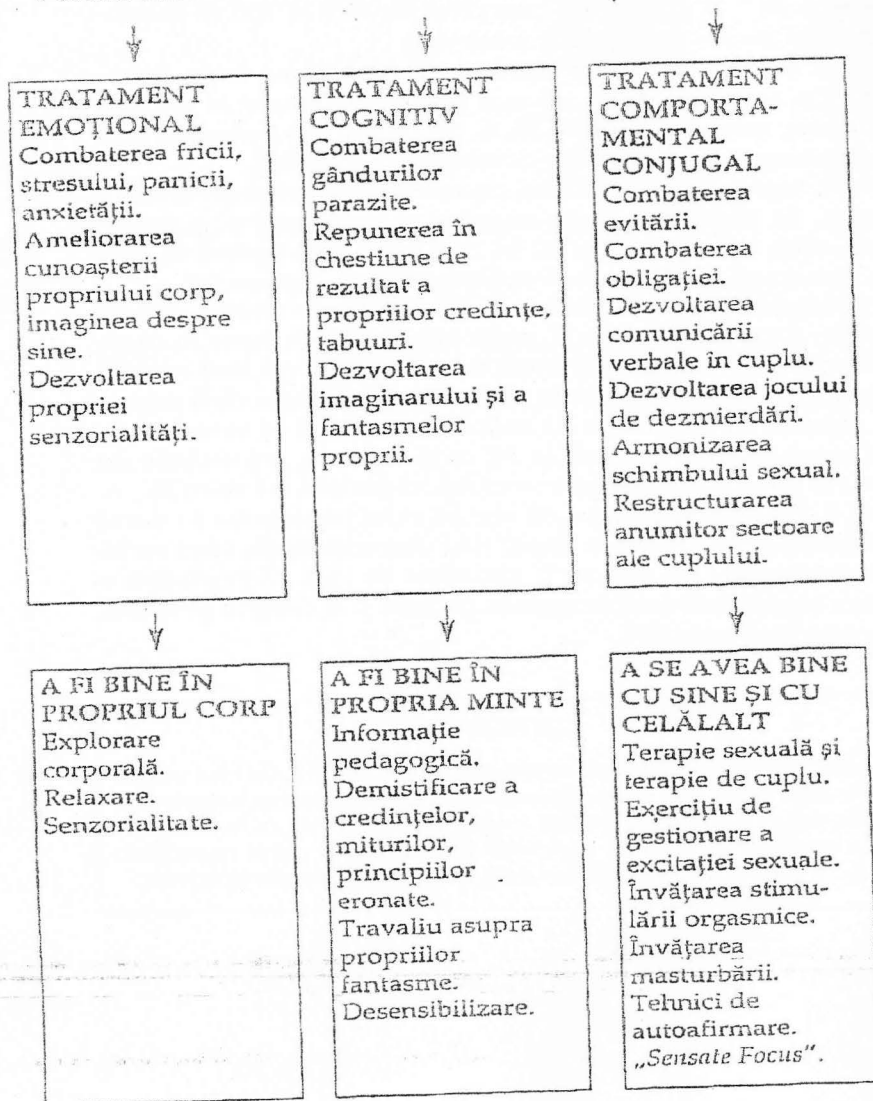
Ghislaine, 26 de ani, prezenta un vaginism primar și trăia raportul sexual ca pe un moment dificil, din cauza fricii de durere și de necunoscut. Aceste simptome se înscriau însă într-un context mai larg de conduite anxio-fobice. Femeii îi era frică de vid, de spațiile mari, de mulțime. Se îndoia de sine însăși iar lipsa sa de încredere se manifesta zi de zi prin ritualuri de verificare (verifica dacă munca e bine făcută, verifica actele cotidiene prin manii mărunte).

În fapt, Ghislaine își controla existența, stăpânea totul pentru a evita îndoiala. Astfel, comportamentele de control i-au acaparat viața, încât ținea cu orice preț să nu slăbească nimic din strânsoare (asta, de altfel, făcea și cu vaginul său închis).

Tratamentul tulburării sexuale a fost precedat, în acest caz, de un travaliu foarte progresiv de decrispare în viața de zi cu zi. Ghislaine a învățat prin exerciții de expunere să nu se mai teamă de riscurile pe care și le imagina că s-ar produce dacă ea nu îndeplinea corect un act sau altul. Această primă etapă i-a permis ca, mai apoi, să facă o paralelă cu vaginul său închis și să se controleze mai puțin în plan sexual.

Excitația „nervoasă” și parametrii negativi: • Ceea ce îmi accentuează anxietatea de performanță sau de eșec și/sau • Ceea ce îmi diminuează capacitatea de excitare.	Frică. Angoasă. Panică. Comportament negativ al partenerului. Stres al eșecului. Ruminare negativă. Urmărirea rezultatului. Scenariu obsedant. Stare generală negativă. Sursă/surse de stres. Oboseală, astenie, depresie. Rutină, monotonie sexuală. Interdicții, tabuuri. Durere, boală.
Excitația sexuală și parametrii pozitivi: • Ceea ce-mi accentuează excitația sexuală și/sau • Ceea ce-mi diminuează anxietatea privind performanța sau eșecul	Clarificarea propriilor sentimente. Dezvoltarea comunicării în cadrul cuplului. Armonizarea vieții de cuplu cu celelalte activități ale subiectului. Dezvoltarea fantasmelor. Descoperirea senzorialității. Pozitivarea imaginii despre corp. Descoperirea de jocuri erotice. Ameliorarea stimei de sine. Gestionarea propriei stări anxio-depresive. Lucrul asupra propriilor surse de stres.

TOATE TRATAMENTELE SE DESCHID DECI PE TREI AXE



Ca și la orice altă abordare sau tratament, nu se pot obține efecte magice. Soluția constă în a acționa în două moduri complementare, între care există o legătură dinamică:

1. Diminuând sau gestionând toți factorii de anxietate și reducând paraziții prezenți în eșecul sexual (ruminări, reacții negative ale cuplului etc.).

2. Potențând sau gestionând toți factorii de excitație sexuală prezenți în exces sau nu îndeajuns de prezenți în timpul raportului sexual: rutină, ațipirea cuplului, evitarea raporturilor sexuale, false oboseli, absența fantasmelor, absența dezmiardărilor, precipitare etc.

Acționând asupra parametrilor sexuali negativi (care favorizează eșecul inhibând satisfacția) și dezvoltând parametrii sexuali pozitivi (care favorizează excitația), diminuăm ceea ce e negativ și sporim ceea ce trebuie să fie pozitiv.

REȚINEȚI

Nu trebuie uitat niciodată că motorul raportului sexual este înainte de toate excitația. Ea este cea care generează, atât la bărbat cât și la femeie, reacțiile fiziologice necesare raportului sexual.

Diversele tehnici*

■ Desensibilizarea și expunerea progresivă la stres

În fața unei probleme care duce frecvent la frică, la evitare, la îndoială sau la culpabilitate, am diferite soluții:

— Evit confruntarea și, pe termen scurt, mă simt mai bine, dar problema rămâne nerezolvată.

* Despre terapiile care necesită ajutorul unui terapeut, a se vedea ultimul capitol, p. 225.

— Merg înainte, repet, fac noi încercări, dar cu o asemenea angoasă încât ratez din nou.

— Încerc o abordare progresivă a fricii, propunându-mi obiective ușor de atins, fixându-mi etape intermediare între nimic și tot.

Vorbim de tehnici de desensibilizare atunci când înaintarea constă din etape „fine”, foarte apropiate una de alta, mai ușor „digerabile” în mersul spre scopul fixat.

Vorbim de tehnici de expunere atunci când înaintarea constă din etape mai „mari” ca decupaj, a căror „digerare” necesită mai mult timp, dar care sunt mai puțin numeroase.

Pentru întocmirea listei de situații pe care o voi folosi în cursul desensibilizării sau al aplicării tehnicii de expunere, procedez metodic.

IMI ÎNTOCMESC O LISTĂ

1. Notez pe o foaie tot ce nu mai fac în cursul unui raport sexual de la apariția problemei sexuale.
2. Notez, de asemenea, toate acele lucruri pe care mai încerc să le fac în prezent, dar de care mă tem, care mă fac anxios, mă confruntă cu eșecul.
3. Pun în fața fiecărei situații o cifră de la 0 la 100, corespunzătoare nivelului meu de angoasă atunci când mă confrunt cu situația descrisă (0: nici o angoasă, 100: maximum de angoasă). Dacă situația pe care o evit sau pe care o încerc mă angustează puțin, cifra va fi mai apropiată de 0, iar dacă respectiva situație mă angustează mult, cifra va fi mai apropiată de 100.
4. Notez pe o altă foaie, în partea de sus, situația cea mai simplă pe care o accept sau aș accepta-o și care nu-mi produce angoasă (sau îmi produce una minimală). În josul foii notez obiectivul final de atins, care în prezent mă angustează, evident, mult. Între aceste două extreme plasez situațiile intermediare notate pe prima foaie, înșirându-le în ordinea nivelului de angoasă indicat de cifra scrisă în fața fiecărei situații.
5. Verific ansamblul listei, de la situația cea mai simplă la situația cea mai complicată. Examinez mintal dacă ea corespunde bine înaintării mele personale și realității prezente pentru a ajunge la țintă.

Să ne închipuim că frica pe care o simt în fața problemei mele este de 100 pe o scară mergând de la 0 la 100 (0 însemnând lipsa fricii, iar 100 frica extremă).

— În desensibilizare: caut să-mi domolesc frica decupând-o în exerciții, de la cel mai puțin angoasant la cel mai angoasant, cotate din 5 în 5 (0, 5, 10, 15, 20 etc.) până la 100. Asta înseamnă cu totul vreo douăzeci de exerciții.

— În expunere: caut să-mi domolesc frica decupând-o în exerciții, de la cel mai puțin angoasant la cel mai angoasant, cotate, spre exemplu, din 20 în 20 (0, 20, 40...) până la 100. Asta înseamnă cu totul cinci sau cel mult șase exerciții.

Principiul e de a realiza această înaintare în ritmul care îți convine, a nu sări niciodată peste etape și de a trece la exercițiul următor doar atunci când cel precedent nu mai suscită deloc angoasă. Nu servește la nimic ca, din dorința de a merge mai repede, să faci lucru de mântuială; astfel te așteaptă în mod sigur eșecul. Corpul, la fel ca și mintea, are nevoie de timp, nu pentru a înțelege exercițiul, ci pentru a-l asimila.

Ar fi greșit, de exemplu, să vrei să reiei penetrarea în cazul unui blocaj sexual, dacă în cuplu deja dezmierdările sunt sursă de neînțelegeri; tot așa, ar fi zadarnic să vrei să regăsești o plăcere orgasmică dacă imaginea pe care o ai despre propriul corp este încă negativă.

REȚINEȚI

Fiecare individ își are propriul său ritm de înaintare, fie că e vorba de a învăța să-și gestioneze ejacularea, fie de învățarea orgasmică sau de tratamentul unei slăbiri a erecției. E necesar ca la exerciții să fie respectat principiul înaintării pas cu pas și cel al repetiției: pentru a atinge scopul, trebuie să-ți asiguri mijloacele potrivite.

EXEMPLE DE DESENSIBILIZARE ÎN CAZ DE VAGINISM

• Privirea unui desen reprezentând zonele sexuale feminine.	0
• Privirea propriilor zone sexuale.	2
• Atingerea, explorarea propriilor zone sexuale.	5
• Explorarea interiorului vaginului.	30
• Explorarea zonelor sexuale feminine.	50
• Explorarea de către partener a vaginului, sub controlul femeii.	60
• Există contact penis-vagin.	70
• Există penetrare a glandului.	80
• Există reluare a raporturilor sexuale.	100

Cifra din dreapta corespunde unei note de angoasă cuprinse între 0 și 100 (0 însemnând lipsa angoasei, iar 100, angoasă extremă).

EXEMPLE DE EXPUNERE PROGRESIVĂ
ÎN CAZ DE INHIBIȚIE A DORINȚEI

• Dezmiardări generale pe tot corpul, fără atingerea zonelor sexuale, unul după altul, fără penetrare.	20
• Dezmiardări generale asociate cu explorarea zonelor sexuale, fără focalizare asupra lor, fără penetrare. Nu se iau în considerare reacțiile sexuale absente sau prezente.	40
• Explorare mai amplă a zonelor sexuale, cu focalizare asupra lor, dar fără penetrare.	60
• Penetrări „dezinteresate” ca mijloc de ameliorare a excitației și nu ca scop pentru a ajunge la un rezultat.	80
• Reluare a raporturilor.	100

Cifra corespunde nivelului de angoasă și de dificultăți (între 0: fără angoasă și 100: angoasă extremă).

Eventualele dumneavoastră remarci despre această tehnică

„E prea mecanică!”

Exprimate ca o datorie, puse în practică în chip de simplă tehnică, aceste exerciții vă pot lăsa impresia că sexualitatea nu-i decât pură mecanică, o „țevăraie”. Nu uitați totuși că asta e deja ceva ce faceți dumneavoastră. Sunteți atât de obnubilat(ă) de voința de a reuși sau de frica de a nu rata, încât uitați de cuvinte, de gesturi, de tandrețe. Vă gândiți deja la rezultate înainte de a fi purces la drum.

„Nu-i destul de romantică...”

E adevărat, dacă o luăm ca atare. Vă revine însă dumneavoastră și partenerului/partenerei dumneavoastră să-i puneți acestei tehnici „pânglicuțe roz” și s-o ambalați frumos. E momentul potrivit de a reînvăța comunicarea amoroasă, sentimentală, erotică. Reamintiți-vă ce făceați atunci când v-ați întâlnit prima oară sau în timpul întâlnirilor amoroase și/sau sexuale pozitive pe care le-ați trăit. Ce făceați pentru asta? Ce făceați pentru a vi-l atrage pe partener?

■ *Tehnicile cognitive*

Paralel cu exercițiile de terapie comportamentală, trebuie să acționați și asupra gândurilor parazite, a ruminărilor mentale, a scenariilor catastrofice.

Dedramatizarea și luarea unei oarecare distanțe sunt necesare pentru a nu vă închide într-un steril discurs negativ. În acest scop vă veți servi de așa-numita tehnică a triplei coloane a lui Beck (după numele specialistului care a lucrat la tratamentul gândurilor negative în depresii).

— În coloana întâi notez situația care îmi pune o problemă (mă aflu cu partenera și aș vrea să am un raport sexual).

— În coloana a doua îmi notez emoțiile ivite cu acest prilej (mi-e frică, tremur, mă cuprinde panica).

— În coloana a treia îmi notez gândurile ruminătorii care s-au legat de acea situație și de emoțiile de atunci (*am să ratez, ea va avea pică pe mine, nu mai sunt bărbat etc.*).

CELE TREI COLOANE ALE LUI BECK		
Situația	Emoția	Cogniția
Imposibilitatea penetrării în cursul unui raport sexual.	Frică, angoasă, nod în gât.	Nu sunt o femeie normală, bărbatul mă va lăsa.
Slăbire a erecției în cursul unui raport sexual.	Panică, dureri abdominale.	Ea mă va părăsi. Am îmbătrânit.

În timp ce completați cele trei coloane, veți băga de seamă că, în mod condiționat, reacționați prin aceleași emoții și aceleași gânduri.

Anumite persoane, mai puțin atașate reușitei și rezultatului, nu vor trăi situația de eșec (slăbire a erecției, durere, ejaculare rapidă) ca pe o dramă, ele nu vor nota o emoție negativă în coloana a doua sau gânduri ruminătorii în cea de a treia. Altele, în schimb, vor avea în mod sistematic emoții și gânduri negative — semne, o știți de-acum, ale unui eșec repetat sistematic.

Odată completate aceste prime trei coloane, urmează să le adăugați altele.

— În coloana a patra notez ceea ce mi-aș putea spune cu caracter mai pozitiv, mai onest, mai obiectiv privitor la problema mea (*poate că actualmente nu sunt în formă, dar știu că partenera mea mă iubește profund; am putut discuta împreună despre incidentul petrecut și ea m-a încurajat*).

— În coloana a cincea notez rezultatul pe care-l vizez, adică ceea ce urmează să fac pentru a progresa mai bine (*voi alege un moment mai calm; voi evita un nou eșec prelungind timpul acordat dezmiertărilor*).

De la cele trei coloane inițiale, aveți deci acum cinci.

CELE CINCI COLOANE ALE LUI BECK				
Situația	Emoția	Gândul negativ	Gândul pozitiv	Rezultatul
Imposibilitatea penetrării în cursul unui raport sexual.	Frică, angoasă.	Nu sunt o femeie normală.	Știu să arăt afecțiune soțului, el e dispus să mă ajute și să mergem împreună la medic.	Acum nu mă gândesc la copil, îmi reglez problema sexuală, încerc să-mi înțeleg mai bine sexul, de care mi-e frică.
Slăbirea erecției în cursul unui raport sexual.	Panică.	Mă va părăsi. Am îmbătrânit.	Actualmente sunt stresat, nu-i momentul să vreau performanțe, de altfel ea nu mi-a făcut niciodată reproșuri.	De comun acord vom încerca pe îndelete să ne regăsim.

Eventualele dumneavoastră remarci despre această tehnică

„Deja mă apucă amețea!”

Scopul acestei tehnici este tocmai de a face o triere în modul cum gândiți problemele. Cuprins(ă) de frică, de angoasă, de ruminări, tindeți, pe de o parte, să nu aveți în cap decât gânduri negative, frustrante, perturbatoare, care amplifică și mențin problema dumneavoastră, iar pe de altă parte, să nu puteți discerne adevărul de fals; dramatizarea, focalizarea extremă asupra revenirii la normal vă împiedică să reparați ceea ce e pozitiv (drăgălășenii, vorbe afectuoase, comportamente pozitive). Scopul acestui exercițiu: reperarea

gândurilor negative care îmi agravează problema, regăsirea unui mod mai puțin dramatic de a gândi problema.

„Am încercat deja să ascult de rațiune...”

Nu-i vorba de a-ți repeta în minte, în chip artificial și magic: „Va fi bine, va fi bine...”. Nu-i vorba de a-ți controla, de a-ți stăpâni gândurile. Acest exercițiu vă va permite să vă dați seama de ciclul infernal negativ în care vă aflați și vă va conduce către un alt mod de a proceda, către o gândire mai obiectivă, vă va ajuta să dați gândurilor dumneavoastră un caracter mai uman (între pozitivul excesiv: „totul va merge bine”, când de fapt nu este așa, și negativul dramatic: „nu-i nimic de făcut”).

■ *Tehnicile cu mediere corporală*

Există tehnici specifice menite să permită o mai bună gestionare emoțională. Ele reduc tensiunea interioară și facilitează experiența decontractării, descoperirea de senzații mai pozitive. Aceste tehnici mediate corporal merg de la relaxare la hipnoză, trecând prin sofrologie sau muzico-terapie. Ele vă vor fi de mare folos în tratarea problemei dumneavoastră.

Respirația sincronică

Acest exercițiu de câteva minute se cere repetat de mai multe ori pe zi, în poziția așezat, stând în picioare sau culcat, în funcție de împrejurări. Va trebui să vorbiți la persoana întâi, ca și cum v-ați adresa dumneavoastră înșivă.

- Închid ochii dacă simt nevoia să mă rup de lumea exterioară. Pot de asemenea să fixez un punct din fața mea. Încerc să-mi golesc mintea de orice gând, ceea ce îmi va reuși mai ușor dacă mă concentrez asupra propriei respirații, dar nu a celei toracice, ci a celei abdominale. Dacă anumite gân-

duri vin să mă paraziteze, nu le dau atenție, mă concentrez doar asupra respirației mele: inspir umflându-mi abdomenul, iar la sfârșitul inspirației îmi blochez timp de câteva secunde respirația în apnee.

- Expir încet sugând abdomenul. Pot să refac acest exercițiu de vreo zece ori.

- Dacă doresc, pot să vizualizez mintal, în timp ce expir, un cuvânt, un obiect sau o situație simplă care pentru mine întruchipează calmul, pozitivul. (Acest cuvânt sau obiect este, evident, ceva cu totul personal; pot să-l și schimb, dar e mai bine ca, pe cât posibil, să păstrez în timpul exercițiului același referent.)

Tehnica de desensibilizare sau de acceptare progresivă sub relaxare

Am văzut mai sus cum se desfășoară o tehnică de desensibilizare prin exerciții progresiv angoasante. Aceeași tehnică poate fi folosită și sub relaxare.

- După mai multe inspirații-expirații în respirație sincronică, mă concentrez asupra diferitelor situații din lista pe care am întocmit-o. Încep prin a mă concentra asupra situației celei mai puțin angoasante și o repet până ce mă obișnuiesc cu ea (angoasă = 0).

- Pot, în cursul unei aceleiași ședințe, să mă concentrez asupra a două situații maxime, pe care să le evoc una după alta respectând ierarhia fricilor mele și principiul progresiv-repetare.

- Fac acest exercițiu de atâtea ori cât este necesar pentru a-mi micșora angoasa. Apoi pot să trec la situația următoare și așa mai departe.

- De exemplu, mă concentrez asupra unei imagini: contactul degetului cu vaginul sau mângâierea penisului flasc. Apare angoasa. Fac să revină această imagine și angoasa asociată ei, până când angoasa dispare. Trec atunci la cea următoare.

► O variantă

• După mai multe inspirări-expirări în respirație sincronă, mă concentrez asupra unei situații angoasante începând cu cea mai simplă (ca mai sus), dar mă gândesc la versiunea pozitivă a situației asupra căreia lucrez.

• De exemplu, mă concentrez asupra unei imagini: contact al degetului cu vaginul, mângâierea penisului flasc. Aici angoasa este înlocuită printr-o viziune pozitivă a situației: contactul degetului cu vaginul, mângâieri ale penisului flasc aduc o idee de reușită, de eficacitate în progresia listei pe care am construit-o.

► O altă variantă

• După mai multe inspirări-expirări în respirație sincronă, mă concentrez asupra unei situații de angoasă începând tot cu cea mai simplă, dar de data asta mă concentrez asupra versiunii parțial pozitive a situației asupra căreia lucrez. Acest mod de lucru este util atunci când pare mai ușor de imaginat pozitiv o parte a situației decât totalitatea ei (socotită prea irealistă).

• De exemplu, mă concentrez asupra explorării zonelor sexuale imaginându-mi că reușesc doar să pun mâna pe aceste zone sexuale, fără a merge mai departe. Chiar dacă restul exercițiului este greu și dacă doar această primă parte este pozitivă, atâta e deja satisfăcător.

Prin vizualizare mentală putem, deci:

- Să vizualizăm situația negativă așa cum este.
- Să vizualizăm situația în mod pozitiv.
- Să vizualizăm situația parțial pozitivă.

Rezultatul e că putem fi în măsură să ne schimbăm viziunea mereu negativă asupra situației.

Tehnicile cognitive sub relaxare

Vom folosi în continuare o tehnică particulară numită „stoparea gândirii”.

• După câteva inspirări-expirări în respirație sincronă, vă concentrați asupra unui gând care vă parazitează (*n-am să reușesc, nu sunt la înălțime*). După ce v-ați întipărit bine în minte acest gând, ceea ce n-ar trebui să fie foarte greu, puneți un stop mental.

Puteți vizualiza acest stop așa cum doriți (*mă gândesc la fiecare literă a cuvântului „stop”, imaginez cuvântul „stop” încercuit cu roșu etc.*). Acest semnal, care vă este propriu, nu face decât să scoată mai bine în evidență stopul.

• Odată ce v-ați concentrat asupra acestui stop, vă gândiți din nou la gândul parazit. Aceasta poate dura de la câteva secunde la câteva minute. Apoi puneți din nou un stop, timp de câteva secunde sau minute, și așa mai departe, până când acest gând ruminativ își pierde puterea parazitantă.

• În felul acesta creați un lanț: gând parazit — stop, gând parazit — stop etc.

► O variantă

Puteți face același exercițiu înlocuind stopul printr-un gând pozitiv, plăcut (versiune pozitivă a gândului ruminativ paralizant).

În loc să pun un stop, îmi spun: „Știu că în anumite momente am reușit. De ce n-aș reuși și astăzi?”, sau „Pot accepta să ratez, e normal să mai și ratezi. Numai oamenilor perfecți le reușește totul”.

Tehnicile de elaborare fantasmatică

Tehnicile de relaxare permit o decontractare prin modificarea câmpului de conștiință pe care o induc. Te afli într-o

siare apropiată de o stare secundă, între veghe și somn, dar în care, contrar a ceea ce se spune adesea, păstrezi încă un anumit autocontrol.

Această stare de deschidere favorizează dezvoltarea unui imaginar adaptat la sexualitate. Cu cât sunt mai aproape de o stare de conștiință obișnuită (de viață curentă), cu atât mă las mai parazitat de mediul înconjurător. Cu cât mă decontractez mai mult grație acestor tehnici, cu atât îmi pot deschide și dezvolta imaginarul. Trebuie însă să vreau, să doresc să elaborez propriile mele scenarii erotice.

REȚINEȚI

- Acordați-vă dreptul de a vă pune la încercare imaginarul; evident, asta nu înseamnă că vă veți pune ideile în practică.
- Păstrați pentru dumneavoastră propriile scenarii erotice; de multe ori acestea își pierd farmecul atunci când vorbim despre ele cu soția/soțul sau când vrem să le realizăm.
- Dacă evitați să vă deschideți imaginarul către fantasme și scenarii erotice, prin asta suprimați o parte din jocul amoros. Încercați să explorați această visare în loc ca din principiu să spuneți nu.

• Plec de la ceea ce îmi pot îngădui între „cuminte” și „ne-cuminte”, țin cont de interdicțiile mele, de tabuurile mele, de dorințele mele. Pot să utilizez ceea ce am în viața mea cotidiană: cărți erotice, filme erotice sau altele, „soft”-ul sau „hard”-ul, pentru a-mi elabora scenarii proprii fără un sentiment de culpabilitate (deoarece ele nu ies din capul meu).

Aceste scenarii servesc drept motor experienței sexuale, declanșării dorinței. Ele sunt uneori foarte utile. În timpul ședințelor de relaxare și de desprindere de viața cotidiană, se poate efectua un adevărat travaliu de elaborare, care permite, în deplină „impunitate”, acceptarea scenariului fantastic.

• Dacă survine un gând parazit și culpabilizant, ceea ce întâmplă nu o dată, pun un stop imediat după gândul meu

negativ și mă concentrez din nou asupra scenariului meu erotic. Îmi dau frâu liber fără risc.

IMI CONSTRUIESC SCENARIUL MEU EROTIC

1. Iau o foaie și încep prin a nota ceea ce mă inspiră cel mai mult în starea de relaxare. La nevoie, închid ochii pentru a-mi apprehenda mai bine toate simțurile: ceea ce îmi place să văd, ceea ce îmi place să simt, ceea ce îmi place să gust, ceea ce îmi place să pipăi, ceea ce îmi place să aud.

Creez astfel o atmosferă pozitivă, un context în care evoluez împreună cu stimulările senzoriale pe care le prefer. Nu este neapărat un peisaj, poate fi și o situație foarte simplă din viața cotidiană unde sunt prezente senzațiile care-mi plac.

2. Îmi utilizez visurile erotice, dacă am astfel de vise sau dacă accept să le privesc cu toată simplitatea. Dacă nu am asemenea vise, îmi iau răgazul de a privi un film sau de a mă uita printr-o carte.

Încep cu ceva „soft”, cuminte, și merg spre lucruri „hard”, mai piperate. Îmi explorez reacțiile între dezgust, neutru și excitant. Am grijă îndeosebi să nu introduc conotații morale. Important e să fac experiența emoțiilor mele, a temerilor mele, a interdicțiilor și a contradicțiilor mele. Voi face ceea ce vreau după acest travaliu, în deplină cunoștință de cauză.

Ori de câte ori apare o frână în reacțiile mele față de o situație sexuală despre care citesc, pe care o văd sau pe care o imaginez, îmi pun întrebarea: frâna a intervenit oare pentru că nu vreau să trăiesc această situație? Și atunci am dreptul de a răspunde nu. Ori poate că frâna a intervenit pentru că mi-e teamă să simt un anumit lucru și pentru că îmi interzic eventuala plăcere de a-l simți? Elimin ceea ce nu mi se potrivește.

3. Odată ce am integrat în scenariul meu erotic contextul senzorial și locul ocupat de mine, am latitudinea de a alege. Voi face din el ce vreau eu. El nu este obligatoriu pentru viața mea sexuală, rostul său poate fi de a induce o dorință atunci când contactul sau debuturile sunt dificile. În orice caz, este preferabil multor gânduri parazite și ruminatorii.

Eventualele dumneavoastră remarci despre această tehnică

„Nu pare ceva serios...”

În materie de sexualitate, se înfruntă două curente extreme. Unul zice: sexualitatea e o treabă serioasă, care se cere făcută bine, în forme, după reguli, e nevoie de dragoste, de sentimente, nu-i loc de glumă... Celălalt zice: rostul sexualității este de a ne defula, aici fiecare face ce vrea, când vrea, cum vrea și cu cine vrea, e destul ca partenerul să fie de acord.

Lucrând asupra corpului și emoțiilor dumneavoastră, veți explora niște domenii intime într-un mod necrispat, în senzații, în imagini erotice. Adesea, tocmai de acestea ține în foarte mare măsură blocajul. Avansați în ritmul care vă convine, încercați aceste exerciții ca pe tot atâtea descoperiri privitoare la ușurința de a vă abandona sau la rezistențele dumneavoastră față de o astfel de trăire. Nu-i vorba de a o face cu o seriozitate mai mare sau mai mică, e vorba de a fi fericit(ă) cu partenera/partenerul dumneavoastră.

„Astea-s chestii bune pentru firile domoale!”

Metodele de relaxare au fost foarte des utilizate pentru a permite o mai bună gestionare a stresului, pentru mai bună cunoaștere a propriului corp, pentru decrispare, pentru liniștirea minții. Pentru acest tip de indicații, eficacitatea lor a fost dovedită științific.

Relaxarea, ca orice abordare corporală, permite descoperirea propriului corp și a blocajelor asociate lui. E adevărat că persoanele calme și „cool” sunt mai receptive la acest gen de metode, dar la astfel de persoane sunt mai mici și riscurile de a fi stresate sau de a avea tulburări sexuale legate de anxietate sau de angoasă.

REȚINEȚI

Relaxarea e ceva ce se învață. Ea nu are nimic magic. Domolirea tensiunilor favorizează dezvoltarea sexualității.

„Să lucrezi asupra propriilor fantasme este pervers”

Nu. Pervers ar fi să pui în practică o sexualitate care nu respectă persoana umană, care îl obligă pe celălalt să suporte sau să facă ceea ce nu vrea, care folosește sistematic corpul și relația fizică într-un scop degradant.

Fantasma rămâne în cap, ca stimulator. Versiunea practică este fantezia, micul joc în doi, „savoarea în doi” la un moment dat, într-un context dat, cu libertatea permanentă de a face sau a nu face, și fără ca cineva să se simtă prizonier.

■ Tehnicile orientate după soluții

Aceste tehnici se folosesc în cuplu. Ele pornesc de la principiul că de foarte multe ori problema sexuală se menține deoarece cuplul repetă aceleași soluții care duc la eșec.

Am văzut în prima parte a prezentului ghid că de fapt numeroase răspunsuri la problemele sexuale agravează problema și că în fața acestor eșecuri repetate e mai bine să te oprești din ceea ce făceai și să imaginezi altceva.

Acesta e momentul în care puteți trece la elaborarea unei noi strategii. Soluțiile deja încercate merg adesea pe două direcții: evitarea sexualității și/sau repetarea de comportamente sexuale ratate.

Tentativele de soluții

- Urmează ca, în doi, să regăsiți și să consemnați soluțiile pe care deja le-ați încercat, ca în primul tabel de la pagina următoare.

- Completați cel de-al doilea tabel de la pagina următoare în felul următor:

— coloana întâi: care sunt soluțiile deja încercate de către dumneavoastră și partenerul/partenera dumneavoastră? (Reluați soluțiile deja citate în primul tabel).

Lista tentativelor de soluții (ceea ce eu am făcut deja pentru a rezolva această problemă)	REZULTATE		Lista tentativelor de soluții (ceea ce celălalt a făcut deja pentru a rezolva această problemă)
	pentru mine	pentru celălalt	
Evit raporturile sexuale pentru că ejaculez prea repede.	Calm.	Frustrare.	Arată-mi dorința ta. Să încercăm totuși.

— coloana a doua: care ar fi soluția paradoxală, adică soluția opusă celei menționate în coloana întâi (chiar dacă vi se pare stupidă, extremă, nebunească, imposibilă)?

— coloana a treia: care este compromisul de cuplu acceptabil între soluția-eșec (coloana întâi) și soluția paradoxală (coloana a doua)?

— coloana a patra: care-i rezultatul? A reușit compromisul?

— coloana a cincea: dacă rezultatul nu e pozitiv, care este soluția ce permite cea mai mică modificare și care vă va satisface în jocul vostru sexual?

Tentative de soluții	Soluția paradoxală	Compromis	Rezultate	Compromis minimal
Evit.	Mă duc la altul/alta.	Mergem împreună altundeva (la hotel) să „facem dragoste”.	Pozitiv pentru femeie (climat). Negativ pentru bărbat (ejaculare precoce).	Vă regăsiți la hotel dacă vreți, dar numai pentru dezmierdări și explorarea corpului prin toate cele cinci simțuri.

Pașii spre soluție

Este vorba de a înainta, pas cu pas, spre soluție. Descrieți în câteva rânduri ce anume ați face sau schimba în cursul unui raport sexual dacă problema ar dispărea.

Ce faceți sau nu mai faceți acum, de când cu problema	Ce ați face în absența problemei	Cum vă imaginați reacția soțului/soției dvs. la această schimbare	Reacția reală a soțului/soției dvs.	Soluția de compromis
Nu o/il mai dezmierd pe partener(ă). Nu mai penetrez.	Aș fi mai tandru, mai dragăstos. Aș penetra mai des.	I-ar plăcea sigur. I-ar plăcea.	Îmi place mult. Merge cam prea repede.	Dezmierdări globale. Fără penetrare la început.
Ezit să mă apropiu de soț/soție. Nu fac nimic.	M-aș apropia mai des, pentru a-i mângâia chîpul.	Nu i-ar plăcea prea mult, căci vrea sex.	Îmi place mult, dar aș vrea mai mult.	Apropiere, dar cerând celui alt să nu atingă imediat zonele sexuale.

Construirea soluției

E vorba de construirea soluției în funcție de idealul meu presupus.

• Descrieți, în amănunt, cum ar arăta la modul ideal raportul dumneavoastră sexual: unde, când, cum etc. Notarea e între 0 și 10 (0: raport sexual negativ; 10: raport sexual pozitiv).

LA MODUL IDEAL		
Ce fac eu Ce face ea	Ce gândesc	Ce simt
Dezmierd. Ea îmi vorbește.	Îmi imaginez că suntem pe o plajă. Sunt tare mândru de mine.	Fiori. Încordare a mușchilor.

• Întrebați-vă cam pe unde vă situați în prezent. Notarea pe o scară de la 0 la 10 (0: raport sexual negativ; 10: raport sexual pozitiv).

ÎN PREZENT		
Ce fac eu Ce face ea	Ce gândesc	Ce simt
Precipitare asupra zonelor sexuale. Zăbovesc în fața televizorului.	Ea nu mă dorește. Mă înșală.	Crispare. Palpitații. Enervare.

• Alegeți un compromis între viziunea ideală și viziunea dumneavoastră de acum.

Ce fac eu Ce face ea/el	Ce gândesc	Ce simt

Eventualele dumneavoastră remarci despre această tehnică.

„Mi-e frică de soluțiile paradoxale...”

Menirea acestei tehnici este de a găsi soluții la fel de ridicole în paradox ca acelea pe care le-ați folosit dumneavoastră ani în șir și care au agravat problema. Le foloseați, chit că făceau mai rău! În loc să ratați întruna, imaginați

inversul, toate eventualitățile, de la cele mai simple la cel mai aberante.

Puneți-le pe hârtie, gândiți-vă la avantajele și inconveniente ale tuturor acestor soluții, diferite de cele pe care dumneavoastră și soția/soțul dumneavoastră le-ați folosit deja înainte de a citi această carte. Veți găsi astfel compromisuri între cele două extreme.

„Dar dacă soția mea/soțul meu pune în aplicare soluția paradoxală?”

Ar însemna că n-a înțeles sau n-a vrut să înțeleagă rostul acestei tehnici; că avea deja în cap această idee și că folosește acest exercițiu ca pretext pentru a-și îngădui să treacă la act. Pentru a fi eficace, această tehnică trebuie folosită cu motivația reală de a găsi în doi un compromis.

■ Tehnicile de comunicare

Aplicarea acestor tehnici necesită luarea în considerare a corpului, a minții, dar înainte de toate a contextului relațional.

Am remarcat deja de mai multe ori că unul din factorii care intervin cel mai frecvent în apariția și menținerea tulburărilor sexuale este cuplul. Am mai remarcat, tot așa, că problemele sexuale evoluează aproape întotdeauna, mai devreme sau mai târziu, spre o dizarmonie conjugală.

Această consecință este cu atât mai frecventă, cu cât partenerii trăiau într-o fragilitate relațională sau într-un fals echilibru pe care apariția problemei sexuale avea să le dea în vileag (precum „picătura care face să se reverse paharul”). Dar și cupluri care în trecut n-au avut vreo problemă anume pot să dezvolte resentimente ca urmare a unor eșecuri sexuale, a unor așteptări neîmplinite, a unor revendicări agresive...

Oricare ar fi configurația, este nevoie, așadar, de un timp și un loc pentru schimburi. Adică, trebuie să găsiți împreună cu partenera/partenerul un moment privilegiat, nu „cum se

nimereste". După rezolvarea problemei, puteți face ce vreți. Pentru moment, însă, apucați pe drumul cel mai simplu. Asigurându-vă mijloacele necesare pentru a limita la maximum paraziții din mediul exterior, reduceți riscurile de eșec.

Nu vă pripiți

Trebuie să vă luați răgaz: răgaz pentru rezolvarea problemei (nu ajung câteva zile sau câteva săptămâni); răgaz pentru a face progresiv „exercițiile sexuale” despre care veți citi mai jos; răgaz pentru a discuta împreună, pentru a vă dezmiarda etc.

Vă trebuie un loc, un spațiu de libertate

Trebuie să vă creați un cadru unde veți pune în practică cele citite în această carte. Acest travaliu sexologic este mai ușor de efectuat dacă vă asigurați un loc de intimitate, de liniște și de convorbire (nu-i indiferent unde și când faceți un anume lucru).

Stabiliți-vă obiective comune și progresive

Din capul locului trebuie stabilit un același obiectiv și trebuie procedat simplu. Întrebați-vă: „Care-i cel mai mic progres pe care îl vom putea efectua împreună și care ne va permite să demarăm în chip pozitiv programul nostru de schimbare?”

Determinați un prim obiectiv agreabil (a discuta pozitiv, a se dezmiarda reciproc, a evita zonele sexuale etc.) și evitați tot ce poate fi sursă de angoasă (a voi un rezultat anume, a refuza comunicarea în cuplu, a cere performanță și reușită, a fi obsedat de eșec etc.).

Obiectivul final, ținta, este, firește, rezolvarea problemei sexuale, dar pentru a ajunge la el, trebuie parcurse niște etape intermediare. Nu săriți peste etape și nu înaintați prea repede. Digerati și asimilați cu răbdare fiecare etapă înainte de a trece la cea următoare.

Vorbiți același limbaj pozitiv

Se recomandă să folosiți formulări constructive, pozitive, dând miez convorbirii, valorizând sau, cel puțin, respectând partenerul. În practică, aceasta înseamnă:

— Să renunțați la a folosi enunțuri vagi care globalizează critica, precum „este o fire rece”, „mă exasperează” etc.

— Să transformați formulările specifice negative în formulări specifice pozitive:

Mi-ar plăcea să nu mai facă ore suplimentare la sfârșit de săptămână → Mi-ar plăcea să facem împreună ieșiri la fiecare sfârșit de săptămână.

Mi-ar plăcea să nu fiu întotdeauna eu cel care ia inițiativa contactelor sexuale → Mi-ar plăcea ca săptămâna viitoare ea să inițieze contactele sexuale.

Mi-ar plăcea ca dimineața să nu-și lase atârând lenjeria prin casă, când pleacă la servicii → Mi-ar plăcea ca în fiecare dimineață să-și adune lenjeria înainte să plece.

Iată anumite principii care vă vor ajuta să pozitivați.

Ce și cum exprimăm

— Folosesc pronumele „eu”, și nu formulări impersonale.

— Spun clar, precis și concis ceea ce gândesc și simt (în loc să tac sau să aștept pasiv).

— Îmi exprim sentimentele pozitive.

— Exprim ceea ce simt nu în mod acuzator, ci direct și constructiv.

— Îmi exprim cererile în mod constructiv.

Cum ascult

- Nu deviez de la subiect (discut pe rând câte unul).
- Îl respect pe celălalt (nu insulte, nu complimente deghizate, nu sarcasme, nu remarci nepoliticoase despre trecut sau prezent, nu critici cu caracter general).

Ce și cum verific

- Îl las pe celălalt să vorbească.
- Îl ascult pe celălalt în mod activ (ochi, față, mișcări, poziția corpului).
- Nu mă pun în mod sistematic împotriva.

Țin cont de celălalt

- Verific dacă am înțeles bine spuselor celui alt, punându-i întrebări.
- Verific, prin întrebări, dacă celălalt a înțeles bine spuselor mele.
- Verific dacă celălalt gândește sau simte așa cum cred eu că gândește sau simte.

- Verific nevoile celui alt și le respect.
- Remarc latura pozitivă a comportamentelor, ideilor și sentimentelor sale.
- Când sunt de acord cu celălalt, i-o spun cinstit.
- Îl încurajez pe celălalt să vorbească.
- Nu-l întrerup pe celălalt și nu fac altceva în timp ce-mi vorbește.

Modificarea anumitor credințe iraționale

Întreaga istorie conjugală este construită pe niște temelii numite credințe. Ele participă la structurarea cuplului, dar și la crizele acestuia.

Iată câteva exemple de credințe frecvent întâlnite:

Dacă avem dificultăți, e pentru că partenerul meu nu este rezonabil...

Dacă mi-aș fi ales partenerul potrivit, n-aș fi avut nici o problemă relațională majoră...

De îndată ce vom avea mari dificultăți, ne vom despărți sau vom divorța...

Dacă ne iubim cu adevărat, nu vom avea mari dificultăți conjugale...

Dacă avem probleme de cuplu, este pentru că nu ne iubim cu adevărat...

O problemă rezolvată este reglată odată pentru totdeauna. Nu va mai reveni, în orice caz nu curând...

Dacă mă iubești cu adevărat, mă accepți așa cum sunt...

Voi începe să mă port mai frumos cu tine atunci când ai să te schimbi...

Mă voi purta mai frumos cu tine atunci când voi reîncepe să te iubesc...

Tu ar trebui să mă iubești din aceleași motive din care te iubesc eu pe tine...

Dacă mi-am ales bine partenerul, iubirea va trebui să dureze și să rămână neschimbată la nesfârșit...

Un partener cu adevărat iubitor știe întotdeauna, fără a avea nevoie să întrebe, ce trebuie să facă pentru ca celălalt să se simtă iubit...

Doi soți nu pot fi fericiți decât dacă se iubesc tot atât de intens și în același mod ca la început, când își făceau curte...

Pentru a progresa, trebuie să încercați să transformați în chip constructiv unele din credințele dumneavoastră. Iată câteva exemple, din care vă puteți inspira:

Partenerul meu/partenera mea mă cunoaște bine: e o pierdere de vreme să-mi exprim gândurile sau sentimentele → Dacă nu-i comunic în mod regulat partenerului/partenerii gândurile și sentimentele mele, cu timpul ne vom înstrăina unul de celălalt...

Numai cei slabi vorbesc despre sentimentele lor → E nevoie de mai mult curaj pentru a vorbi cinstit despre propriile sentimente decât pentru a păstra tăcere; gratificațiile ce

rezultă din exprimarea sentimentelor merită riscurile astfel asumate.

Câteva remarci importante

— Alegerea unui partener pe termen lung este foarte rar rodul întâmplării. Selecția se face în funcție de criterii geografice, culturale, sociale, religioase, dar și psihologice. Aceste criterii psihologice depind de istoria fiecăruia, de modelele cu care a trăit, bune sau rele, prezente sau absente.

— Conviețuirea reclamă o reajustare permanentă. Un cuplu are o dinamică. Pentru a evita stagnarea sau scleroza, trebuie să existe momente de punere sub semnul întrebării și momente de schimb reciproc.

— Ceea ce face ca un cuplu să se aleagă într-o anumită epocă poate să nu mai fie valabil câțiva ani mai târziu. Asta nu înseamnă că între soți nu mai există iubire, ci înseamnă că structura cuplului se modifică, se adaptează la personalitatea fiecăruia, care evoluează în funcție de evenimentele din viață.

— Dacă o problemă stăruie într-un cuplu, soluția la îndemână este despărțirea. Nu este singura soluție. Pentru cine vrea cu adevărat să-și salveze cuplul, există tehnici — de comunicare, de rezolvare de probleme, de exprimare a sentimentelor pozitive... Dacă s-a încercat totul, s-ar putea să fie necesar un travaliu cu terapeutul privitor la modul optim de despărțire...

— O criză poate fi ceva pozitiv, dacă un cuplu știe să o folosească pentru a-și ameliora funcționarea și a-și modifica anumite deprinderi negative, statice sau agresive.

— Este mai ușor „să mângâi acolo unde asta face bine” decât „să lovești acolo unde asta face rău”. E o chestiune de obișnuință și de atitudine generală. În loc să cotrobăi prin „sacul cu reproșuri” (unde de ani de zile se adună mici probleme și mari defecte), e suficient să întinzi mâna în „sacul cu

complimente” (unde tot de ani de zile se adună micile gesturi și surprizele plăcute).

— E preferabil să vorbesc despre ceea ce pot schimba azi sau mâine decât despre ceea ce ar fi trebuit să schimb ieri. Evitați să rumați trecutul.

— Cine vrea să-și amelioreze contactul cu soțul/soția, ar trebui în fiecare seară să-și pună următoarele întrebări:

— Ce lucruri pozitive am perceput astăzi la celălalt?

— Ce am încercat să schimb la mine astăzi?

— Ce doresc să văd schimbat la soțul meu/la soția mea și ce anume trebuie să încerc să formulez în mod pozitiv (și nu critic)?

— Ce pot să schimb la mine astfel încât cuplul meu să se consolideze?

— Un cuplu crește din momentul în care fiecare încetează să proiecteze asupra celuilalt dorințele și așteptările proprii. Celălalt nu va fi niciodată o „clonă” a persoanei mele, un dublu care să urmeze tiparul așteptărilor mele. E mai bine să accept diferența și să primesc lucrurile bune pe care celălalt le aduce și pe care eu nu le posed.

— Un cuplu crește din momentul în care fiecare din soți se autonomizează și crește pentru el însuși. Nu trebuie să aștept ca celălalt să facă eforturi pentru ca să încep și eu.

Atenție: când într-un cuplu crizele se repetă iar tensiunile se acumulează, s-ar putea ca autoterapia să nu fie suficientă. Poate fi preferabil atunci să intervină din afară un specialist (consilier conjugal, psiholog, psihiatru format pentru terapii de cuplu și pentru travaliu sistemic). Datorită privirii globale pe care o are asupra sistemului în criză, el va ști să gestioneze mai bine situații conflictuale.

Sectoare atinse		Dificultăți	Propuneri terapeutice
Comportamente	exces ↗	Obsesionalizare. Repetare a încercărilor.	→ Terapie comportamentală. Exerciții de sexoterapie. Terapie orientată după soluții. Calitatea vieții.
	deficit ↘	Evitare.	→
Emoții	exces ↗	Angoasă, stres, febrilitate.	→ Relaxare. Exerciții de sexoterapie. Imagine pozitivă a corpului.
	deficit ↘	Anestezie a corpului.	→
Cogniții	exces ↗	Ruminări. Credințe iraționale. Idei negative.	→ Terapie cognitivă. Pedagogie. Lucru asupra fantasmelor.
	deficit ↘	Imaginar erotic. Fantezme.	→ Scenarii erotice.
Cuplu	exces ↗	Conflicte. Atitudine negativă a soțului/soției.	→ Exerciții de sexoterapie în cuplu. Trăvialu asupra comunicării.
	deficit ↘	Rutină, monotonie.	→ Calitatea vieții conjugale.

CAPITOLUL 11

Singular(ă) sau în doi

Exercițiile de făcut

Ajuns(ă) în acest stadiu, sunteți de acum în măsură să abordați „autoterapia” dumneavoastră, singular(ă) sau în doi. Această terapie personală s-ar putea dovedi suficientă pentru rezolvarea problemei pe care o întâmpinați. Dar poate, tot așa, să nu fie decât o etapă — însă una indispensabilă — dintr-o abordare mai globală care necesită și ajutorul unui terapeut¹.

DE REȚINUT

- Luați-vă un răgaz de trei luni înainte de a face un prim bilanț. Dacă rezultatele apar mai repede, cu atât mai bine. Dacă întârzie puțin, nu e grav; înseamnă că problema dumneavoastră presupune căi de rezolvare mai lungi, pe care trebuie să le acceptați.
- Înainte de a acționa în mod direct asupra problemei sexuale, nu uitați că de multe ori trebuie tratați factorii asociați (starea de anxietate, ruminări mentale, comportamente de eșec, atitudinea soțului/soției).
- Nu uitați să practicați cu regularitate autoevaluarea; ea vă va ajuta să întocmiți cu maximum de eficacitate programul dumneavoastră de schimbare².

¹ A se vedea „Ajutorul specialiștilor”, p. 225. Toate celelalte tehnici care necesită prezența unui specialist vor fi explicate în capitolul de față.

² Privitor la testele de evaluare, a se vedea p. 65, 71, 77, 83.

• Pentru atingerea mai sigură a scopului, fixați-vă niște obiective intermediare: între insatisfacția de acum și obiectivul final, se cer străbătute anumite etape.

• Dacă e posibil, faceți exerciții în cuplu.

• Dacă survin eșecuri, nu dramatizați; schimbarea dumneavoastră cunoaște urcușuri și coborâșuri, e ceva normal.

• Consolidăți pe îndelete micile achiziții. O reușită prea rapidă nu înseamnă neapărat o reușită pe termen lung.

• Consultați întotdeauna un specialist dacă vi se pare că problema dumneavoastră se explică prin niște cauze organice. În ultimul capitol veți găsi informații utile despre ajutorul specialiștilor. Dacă urmați deja un tratament medical, doar medicul dumneavoastră curant vi-l poate modifica, mări sau diminua; nu-i cazul să faceți asta singur(ă).

• Uitați de medicamentele-minune și de pilulele fericirii. Preferați rapidității amăgitoare eficacitatea durabilă.

• Fiți cinstit(ă): nu vă veți putea rezolva problemele dacă în același timp umblați după alți parteneri.

Tulburările de erecție

■ Pentru început

• Puneți-vă următoarea întrebare: cu problema pe care o am, la cât pot evalua astăzi gradul meu de satisfacție?

• Puneți-vă o notă de la 0 la 10, reprezentând indicele dumneavoastră de satisfacție actuală în legătură cu problema pe care o întâmpinați.

0: nu sunt mulțumit, nu sunt fericit.

10: sunt foarte mulțumit, foarte fericit.

E normal ca nota să fie mică. Păstrați-o la îndemână.

■ Informația de bază

Înainte de a începe această terapie, trebuie să cunoașteți câteva reguli care vă vor modifica discursul și credințele despre sexualitate.

Problema are o soluție

— Chiar dacă pana dumneavoastră sexuală a ajuns să vă streseze, să vă deprime sau să creeze neliniște și stânjeneală în cuplul dumneavoastră, fiți sigur că ea poate fi reglată, că există o soluție, doar că nu una magică.

— Dacă ar exista o soluție magică (mai ales una medicamentoasă), toată lumea ar cunoaște-o și eu nu m-aș fi apucat să vă explic aici cum să abordați dificultățile pe care le aveți.

— Dacă aveți chiar și o minimă îndoială, există specialiști competenți care vor putea să vă ajute. Dar asta nu vă împiedică să încercați exercițiile propuse aici.

Demersul trebuie să fie progresiv

— Oricare ar fi pana sexuală, oricare i-ar fi originea și oricare ar fi vârsta dumneavoastră, soluția va depinde întotdeauna de modul cum abordați problema. Trebuie mai întâi:

1. Ameliorată excitația înainte de a putea obține erecția.

2. Gestionat stresul înainte de ameliorarea excitației.

3. Încercată o înțelegere cu partenera înainte de a începe o sexoterapie pe termen lung.

Actul sexual nu se rezumă la penetrare

— Penetrarea este un mijloc folosit pentru potențarea excitației, ricidecum singurul scop sau singurul interes al unui raport sexual.

— Penetrarea și „du-te-vino”-ul nu creează întotdeauna orgasmul, ba pot chiar crea plictiseală sau duce la eșec, atunci când cel în cauză vrea să reușească prea repede și prea bine.

— Pene sexuale există la toți bărbații, la toate vârstele.

— Nu confundați calitatea sexuală cu cantitatea. Între cele două nu-i nici o legătură: dimensiunile penisului, intensitatea penetrării, frecvența raporturilor sexuale n-au fost niciodată criterii ale virilității și ale eficacității sexuale, nici pentru bărbat, nici pentru femeie.

— Ceea ce-i poate plăcea unei femei la un raport sexual s-ar putea să nu aibă nimic de-a face cu ceea ce vă închipuiți dumneavoastră.

— Nu confundați capacitatea de a avea erecție (și o penetrare eficace) cu capacitatea de a declanșa un orgasm la partenera dumneavoastră: orgasmul nu depinde numai de erecția menținută în intravaginal, ci și de alți factori (starea de destindere a partenerii, buna ei dispoziție fizică, climatul, modul cum și-a petrecut ziua etc.).

— Cu cât un bărbat înaintea în vârstă, cu atât poate mai puțin să facă tot ce i se năzare în materie de sexualitate. Va avea nevoie de mai mult timp pentru a se excita, pentru a-și menține erecția, pentru a gestiona ejacularea, pentru a avea un nou raport sexual. Așadar, fără precipitare!

— Raportul sexual e un joc. Scopul e ca partenerii să se simtă bine împreună, să aibă plăcere, și nu ca bărbatul să bată recorduri „meșterind cu penisul”.

Există un înainte și un după

— Amintiți-vă cum acționați înainte, când nu exista problema, ce făceați pentru ca raportul sexual și contextul afectiv să fie pozitive.

— Amintiți-vă de soluțiile pe care deja le-ați pus în aplicare pentru a regla problema și în urma cărora problema n-a dispărut.

— Întrebați-vă care ar fi primele semne ale unui început de schimbare pozitiv — pentru dumneavoastră, pentru parteneră, pentru cuplul dumneavoastră.

Expunerea progresivă la stresul penei anticipate

Fie că reacționați din teamă de eșec sau din angoasa performanței, rezultatul e același: anxietatea sau stresul asociate cu gânduri negative accentuează dificultățile, oricare ar fi cauza psihică sau fizică a acestora.

Pentru a putea lupta în mod eficace împotriva acestui fenomen de anxietate, trebuie să abordați problema dumneavoastră în mod progresiv și să reînvățați, etapă cu etapă, să gestionați altfel raportul sexual și îndeosebi penetrarea. Veți folosi tehnica „*Sensate Focus*”, care este adaptată tulburărilor de erecție. Aceasta reclamă ajutorul și participarea partenerii.

Dezmierdări generale fără focalizare asupra penisului

• Dezmierdați-vă, unul pe celălalt, pe tot corpul (de la rădăcina firelor de păr până la vârful degetelor de la picioare!). Pentru a accentua senzațiile și a ameliora delicatețea sau căldura atingerii, puteți utiliza ulei de masaj sau talc.

• Spuneți-vă unul celuilalt ce anume vă place în acest joc (mai tare, mai încet, mai așa sau mai așa). Erecția care poate fi declanșată indirect prin acest tip de dezmierdări nu este importantă: dacă se produce, cu atât mai bine; dacă nu, nu e grav. Scopul acestui exercițiu este de a favoriza ameliorarea excitației corporale globale; erecția nu servește la nimic în acest stadiu, căutați chiar să n-o aveți.

• Profitați de acest joc pentru a vă abandona amândoi, pentru a regăsi ceea ce, poate, ați experimentat în trecut și ceea ce cuplul dumneavoastră a uitat din pricina obișnuinței și a monotoniei.

• Treceți, rând pe rând, printr-o fază în care dumneavoastră sunteți activ și una în care sunteți pasiv. Veți simți astfel mai bine diferența dintre a dezmiarda și a fi dezmiardat.

• Când vă decideți, unul sau celălalt, să vă opriți, faceți-o fără teamă și fără angoasă. Faptul de a nu continua (până la penetrare) vă permite să vă focalizați doar asupra a ceea ce este plăcut (dezmierdările), fără a vă preocupa de rezultat. În această etapă — să reamintim — erecția și penetrarea nu sunt necesare.

• Repetați acest exercițiu de câte ori considerați necesar. Asta poate dura timp de mai multe săptămâni.

Dezmierdări globale și integrarea zonelor sexuale

• Vă dezmiardați, unul după altul, pe întreg corpul, integrând de data asta zonele sexuale, dar fără a vă focaliza asupra lor. Ca și în etapa precedentă, nu se merge până la penetrare. Dezmierdările servesc la a accentua excitația, erecția nefiind decât un fenomen secundar, care nu este urmărit *a priori*.

• Nu vă focalizați asupra erecției; ați risca astfel să participați mai puțin la dezmierdările reciproce cu partenera. Aceasta v-ar diminua excitația și, deci, erecția, încât ați înregistra din nou un eșec.

• Spuneți-vă unul celuilalt ce anume vă place și, la fel ca în etapa precedentă, treceți rând pe rând printr-o fază activă (eu mă ocup de corpul celuilalt) și una pasivă (celălalt se ocupă de corpul meu).

Dezmierdări specifice ale zonelor sexuale și contactul penis/vagin

Acum vă veți juca direct cu zonele sexuale și veți efectua, integrându-le în dezmierdările corporale globale, contacte apropiate între penis, vulvă și intrarea vaginului (fără obligația

penetrării). Și de data asta, faceți-o fără grabă, exprimați-vă, fiți rând pe rând activ și pasiv.

Penetrări dezinteresate

Nu există obligație de rezultat și de durată în interiorul vaginului. Scopul acestui exercițiu este de a vă resensibiliza pozitiv față de acest act de care vă temeți.

• Încercați de mai multe ori să penetrați, să rămâneți câteva secunde în intravaginal, apoi retrageți penisul, ori în ce stare ar fi (moale sau rigid). Recentrați-vă apoi, împreună cu partenera, asupra corpului în globalitatea lui.

• Repetați de mai multe ori încercarea în cursul aceleiași ședințe, fără a vă preocupa de menținerea erecției.

Reluarea raporturilor sexuale

Aveți acum mai multă încredere în dumneavoastră. Știți că penetrarea e un *mijloc* de ameliorare a excitației și a plăcerii în cuplu, că nu este singurul scop de urmărit și practicat (nu vă închideți în penetrare: am izbutit, rămân așa). Știți de asemenea că scăderea erecției face parte din reacția sexuală normală la un bărbat (penisul e sensibil la diverși parametri și nu funcționează numai „îmboldit de voință”).

În acest context și cu aceste principii, este posibilă reluarea raporturilor sexuale. În orice moment acordați-vă libertatea de a modifica ceea ce faceți atunci. Dat fiind că nu vă mai focalizați asupra penisului care se înmoaie, asupra reacțiilor partenerei sau asupra gândurilor care vă parazitează, puteți găsi mai ușor alte soluții de plăcere cu partenera dumneavoastră, dacă penetrarea nu e de fiecare dată satisfăcătoare.

■ Desensibilizarea sistematică

Dacă nivelul dumneavoastră de anxietate este prea ridicat, puteți prefera următoarea metodă pentru a vă desensibiliza la frica de eșec sau la preocuparea pentru performanță. La baza ei stau — vă reamintesc — următoarele principii:

— Desensibilizarea se efectuează sub relaxare după câteva secunde de respirație sincronică. Aveți nevoie de un loc (un spațiu calm, liniștit), de timp (circa o jumătate de oră) și de o anumită regularitate (o dată pe zi sau o dată la două zile, cel mult).

— Desensibilizarea urmează principiul progresiunii și al repetiției. Fiecare exercițiu de vizualizare mentală face parte dintr-un șir de exerciții mergând de la cel mai simplu la cel mai complicat. Nu treceți la exercițiul următor decât după ce cel precedent nu mai suscită nici un fel de anxietate. Repetați de câte ori vreți vizualizarea imaginilor și a scenelor detaliate, până când anxietatea ajunge la 0.

— Trebuie să vă elaborați o listă proprie de situații, pornind de la situația cel mai puțin îngrijorătoare (anxietate scăzută, aproape de 0) la situația cea mai îngrijorătoare (anxietate mare, aproape de 100). Vizualizați câte una, două situații de fiecare ședință; lista în totalitatea ei o veți vizualiza pe parcursul mai multor ședințe (între 10 și 20).

— În fiecare etapă, vizualizarea poate fi făcută în trei moduri, alegând unul din ele sau combinându-le:

1. Îmi imaginez situația așa cum s-ar petrece pozitiv: gânduri pozitive, emoții pozitive, relație cu celălalt pozitivă.

2. Îmi imaginez situația așa cum se petrece negativ: gânduri negative, emoții negative, relație cu celălalt negativă. Încerc atunci să pozitiviez mental situația stopând versiunea negativă, ca și cum aș schimba, zapând, canalul de televiziune.

3. Îmi imaginez situația așa cum se petrece negativ și, din acest ansamblu negativ, aleg un parametru pe care vreau să-l

pozitiviez (vorbe mai drăgăstoase, context mai plăcut, început de erecție etc.).

Iată exemplul lui André, 29 de ani.

După un prim eșec sexual și conjugal, André a găsit de un an de zile o nouă parteneră. Pe cât de puțin era atrasă de sex partenera de mai înainte, pe atât era de plină de temperament cea nouă. Ea a cunoscut diverși bărbați cu care sexualitatea era foarte eficientă (facilitate orgasmică). Numai că, iată, de la începutul acestei a doua relații, André are pene.

El vrea atât de mult ca lucrul să-i iasă bine, se teme atât de mult ca partenera să nu-l părăsească, încât se compară întruna cu foștii parteneri ai acesteia. Mai cu seamă, își amintește ceea ce dânsa i-a spus odată: „Dacă lucrurile nu se ameliorează, cuplul nostru va deveni fragil”. Remarcă pe care el a tradus-o prin: „Dacă nu te vindeci, pleacă”.

Față de starea de teamă și panică ivită la acest bărbat, am întreprins un tratament de desensibilizare. Partenera lui André a acceptat să ia parte activă la ameliorare. Iată lista situațiilor utilizate; vă puteți inspira din ea.

SITUAȚII ALESE DE COMUN ACORD CU ANDRÉ

Clasificate de la 0 la 100

• Stau culcat lângă partenera mea fără ca ea să mă dezmiere	5
• Stau culcat lângă partenera mea și îmi imaginez că ea mă dezmiere, dar nu sexual	10
• O dezmiere pe parteneră fără intenție de raport sexual	20
• Am o erecție în timp ce-mi dezmiere partenera	30
• Îmi ating penisul în erecție, erecția dispăre, eu nu mă neliniștesc	40
André ridică mâna: e prea greu pentru el. Reluăm deci itemul precedent, adăugându-i următoarele elemente: erecția mea poate să dispară, dar nu mă neliniștesc (atitudine de spectator).	
• Îmi imaginez că penisul meu e în contact cu vulva, dar nu penetrez	50

• Îmi imaginez că penetrez un pic, dar imediat retrag	60
• Îmi imaginez că penetrez și rămân în vagin câteva minute	70
• Mă pot mișca fără a-mi pierde erecția	80
• Erecția mea poate să scadă, să revină la normal și apoi să scadă din nou, nu mă mai simt îngrijorat	100

■ Terapia cognitivă

Dacă doriți să vă modificați modul de gândire față de o tulburare sexuală, puteți folosi tehnica celor cinci coloane ale lui Beck (situație-emoție-cogniție negativă-gândire alternativă-rezultat). Ea vă va permite să vă modificați credințele eronate.

Situație	Emoție	Cogniție negativă	Gândire alternativă	Rezultat
Ne regăsim împreună după o separare de opt zile.	Mi-e frică, mă panichez. Încordare și excitare sexuală.	După opt zile e normal să ai raport sexual. Trebuie să reușesc și să fiu eficace. Ea nu va înțelege să ratez. Va crede că am înșelat-o.	Pot să-i explic teama mea. Când vin acasă la sfârșit de săptămână, sunt totdeauna obosit. Ea nu mă așteaptă „la cotitură”.	Astă seară ne vom giugiuli. Mâine voi fi mai destins.

Mai puteți folosi și tehnica „opririi gândirii” sub relaxare. Scopul acestei tehnici este de a bloca gândirea negativă care

vă vine în minte, punându-i un stop (puteți vizualiza cuvântul „stop” sau vreun alt semnal, oarecare, cât mai simplu cu putință). Exercițiul se efectuează sub relaxare.

• După câteva mișcări în respirație sincronică, generează suita: gândire negativă → stop → gândire alternativă cât mai pozitivă → din nou stop → gândire negativă → stop → gândire pozitivă, și așa mai departe (de repetat ori de câte ori dorești).

• Această gimnastică mintală vă va permite să vă dați seama de capacitatea dumneavoastră de a acționa asupra propriului sistem de gândire. Vă reamintesc că stopul trebuie să fie un semn banal, simplu, mereu același, al cărui rost este doar de a curma derularea gândirii negative și a face loc unei alte gândiri, mai plăcute, blânde, pozitive.

■ Și mai departe?

• Puneți-vă următoarea întrebare: față de evoluția problemei mele, la cât pot evalua în acest moment gradul meu de satisfacție? (0: în acest moment nu sunt satisfăcut de evoluția problemei mele; 10: în acest moment sunt satisfăcut de evoluția problemei mele).

Atenție: a fi satisfăcut nu înseamnă a fi perfect din punct de vedere sexual, ci a te avea bine cu tine însuși și a fi mulțumit de progresul obținut astăzi.

• Reluați nota pe care v-ați dat-o la început și comparați cele două rezultate. Veți vedea astfel ceea ce ați dobândit deja prin practicarea acestor exerciții și ce vă rămâne de făcut pentru a mai câștiga câteva puncte și a vă spori gradul de satisfacție.

• Notați etapele care vă vor permite să mai progresați, aveți răbdare, schimbarea va continua.

Vaginismul și dispareunia

■ Pentru început

Notați de la 0 la 10 indicele dumneavoastră de satisfacție legat de problema pe care o întâmpinați: 0 — insatisfacție totală; 10 — satisfacție totală.

Este normal ca nota să fie mică: nu pot decât să progrez.

■ Informația de bază

Înainte de a începe tratamentul, trebuie să aveți în minte următoarele puncte, care sunt esențiale.

Să învățăm să ne cunoaștem mai bine

— Vaginul nu este o cavitate pasivă, ci un organ muscular activ care se contractă și se destinde, comandat de femeie.

— Cunoașterea vaginului și a organelor sexuale ce țin de el (vulvă, clitoris, perineu) este indispensabilă pentru o sexualitate împlinită.

— Vaginismul poate fi urmarea unei absențe a dorinței, și atunci *aceasta* e problema de care trebuie să vă ocupați mai întâi („nu mai aveam poftă nici când nu mă durea”). Poate fi și urmarea fricii de penetrare, de necunoscut, de durere, și atunci trebuie să vă ocupați mai întâi de această frică („dacă nu m-ar mai durea, aș avea din nou poftă”).

— Solicitarea de tratament al vaginismului din dorința de a avea copii nu e totuna cu solicitarea de tratament motivată de căutarea plăcerii sexuale și a orgasmului.

Atenție la ideile false

— Nu există în mod sistematic disproporție între vagin și mărimea (sau volumul) sexului masculin. Uneori se întâmplă totuși să existe, dar atunci o pregătire corporală specifică poate facilita contactul penis/vagin.

— Penetrarea nu duce în mod sistematic la rupturi, arsuri sau sângerări. Asta nu se întâmplă decât dacă există precipitare, uscăciune, lipsă de lubrifiere, lipsă de pregătire, stres, anomalie locală. De unde necesitatea unei abordări corporale progresive.

— Primele raporturi sexuale nu sunt în mod sistematic dureroase. Sunt așa doar atunci când există precipitare, necunoaștere sau dorință de a face ca ceilalți. Nu sunt așa când există o dorință personală, o relație de respect reciproc și progres în învățare.

— Penetrarea nu servește numai la a face copii, ci permite de asemenea trăirea plăcerii și a orgasmului, ceea ce necesită cunoașterea propriului corp și a propriilor senzații.

— Penetrarea nu este doar un act natural. Este și asta, dacă vorbim de fenomenul mecanic, oricare ar fi împrejurările și starea vaginului. Nu însă și când vorbim de actul erotic, care necesită o pregătire senzorială și afectivă. Aici învățarea e obligatorie.

Există tratamente eficiente

— Tratamentul complet constă din exerciții sexuale menite să combată contractura reflexă a vaginului, din exerciții de comunicare verbală și corporală pentru cuplu și, la nevoie, din convorbiri psihoterapeutice menite să favorizeze maturizarea feminității.

— Etapa bazată pe rezolvarea contracției reflexe a vaginului nu este de ajuns pentru a aduce femeii orgasmul; pentru acesta este nevoie de un demers complementar.

— În tratamentul vaginismului trebuie asociate întotdeauna o acțiune locală (adică niște exerciții specifice) și o sexoterapie mai largă.

— Progresul trebuie realizat etapă cu etapă, mergând de la simplu spre mai complicat. Dacă respectați acest principiu, evoluția va fi întotdeauna pozitivă (atingere, privire, apropiere de sex, apropiere de penetrare și de raportul sexual...). Dacă nu faceți nimic, problema se va menține. Învățați în ritmul care vă convine și rezultatul va veni cu siguranță.

■ *Explorarea corporală și reeducarea musculară*

Exercițiile lui Kegel, valabile și pentru dispareunie, vă pot ajuta dacă vă temeți de penetrare (frică de durere, de necunoscut, de „ceea ce se petrece înăuntru”) sau dacă nu vreți să atingeți sau să priviți propriul organ sexual.

Spre deosebire de penis, vaginul nu se află la vedere, ceea ce face necesar să fie explorat, cunoscut, făcut să funcționeze. Aceste exerciții au menirea de a vă face să deveniți conștientă de corpul dumneavoastră și de zonele dumneavoastră sexuale. Ele constau în a face să lucreze mușchii perineali și prevaginali care intervin în deschiderea sau închiderea vaginului.

Tratamentul optim al contracției vaginale permite, într-o a doua etapă, să acționați asupra lubrifierii accentuând secrețiile vaginale și astfel facilitează excitația și penetrarea.

Principiul

În fiecare zi, în momentul, de pildă, când vă faceți toaleta intimă, acordați-vă între cinci și zece minute, nu mai mult, pentru a pune la lucru acești mușchi. Vă puteți așeza pe marginea patului sau pe un scaun, în orice poziție agreabilă care vă permite (dacă doriți) să vedeți ceea ce faceți.

• Făcând o bună inspirație abdominală, strâng vaginul prin strângerea feselor sau prin blocarea vezicii. Mențin strânsoarea timp de câteva secunde (vreo zece cu totul) în timp ce inspirația mi-e blocată în apnee. Apoi, expirând lent, slăbesc încordarea anterior indusă a mușchilor vaginali.

• Repet acest exercițiu de vreo zece ori.

• Pot să-l refac și în cursul zilei, când îmi vine în minte, oricare ar fi locul și momentul (la locul de muncă, în mașină, în mijloacele de transport în comun, acasă etc.).

O variantă

• În timp ce-mi fac toaleta intimă, stând așezată pe marginea patului sau a căzii de baie, iau o oglinjoară pentru a-mi explora exteriorul sexului: labiile mari, labiile mici, clitorisul, intrarea vaginului.

• Cu degetul arătător, pe care pun un lubrifiant (despre care vă veți consulta cu farmacistul dumneavoastră), masez intrarea vaginului, apăsând în jos, în sus, spre dreapta și spre stânga, ca pentru o mai bună destindere. Ușor, în ritmul meu, introduc degetul înăuntru fără risc, fără teamă, sunt „unicul comandant”. Nu se poate întâmpla nimic, dat fiind că în orice moment mă pot opri, pot reveni înapoi și îmi pot relua exercițiul.

• Nu mă opresc dacă apare angoasa, e ceva normal. Las degetul acolo unde este sau, cel mult, îl retrag un pic. Respir calm, liniștit, apoi reiau exercițiul. Astfel, treptat, degetul intră tot mai mult, până la capăt. Trebuie știut că se contractă doar intrarea (o treime din vagin), restul (două treimi din vagin) fiind în mod natural larg și evazat.

• Degetul e în vagin. Pot acum să strâng mușchii asupra degetului prin strângerea feselor, în timp ce inspir. Rămân astfel câteva secunde blocând inspirația, apoi relaxez totul.

• Repet exercițiul de circa zece ori. Pot să-l fac în fiecare zi, dacă doresc, iar mai târziu, pot să-l fac cu două degete.

■ *Expunerea progresivă la frica de durere sau de necunoscut*

• Vă veți confrunta acum progresiv cu frica de penetrare prin exerciții practice pe care le veți efectua mai întâi singură, apoi cu ajutorul partenerului. (Pentru mai multă ușurință, folosiți un lubrifiant.)

• Modul de înaintare este personal, trebuie ca singură să-i fixați etapele. Puneți în fața fiecărei situații câte o cifră de la 0 la 100, corespunzător nivelului de angoasă resimțit (0: fără nici o angoasă; 100: maximum de angoasă).

Etapa individuală

Iată, cu titlu indicativ, o listă de exerciții cu care să începeți.

SERIE DE EXERCITII

• Privirea zonei sexuale	5
• Explorarea zonei sexuale	20
• Explorarea intrării vaginului	50
• Introducerea unui deget în vagin și efectuarea exercițiilor lui Kegel	80
• Introducerea a două degete în vagin și efectuarea exercițiilor lui Kegel	100

Această primă etapă, pe care o parcurgeți singură, vă permite un prim contact progresiv cu corpul dumneavoastră. Este important să vă acordați încredere și să conștientizați că trupul dumneavoastră vă aparține.

Aveți capacitatea de a schimba, de a vă domoli tensiunile, de a vă deschide către descoperirea senzațiilor pozitive. Lucrați pe îndelete.

Etapa cu partenerul

Și de data asta, alegeți exercițiile de care vă e cel mai puțin frică, exercițiile cel mai puțin angoasante.

Această etapă permite cuplului dumneavoastră să aprehendeze în mod diferit contactul sexual și vă ajută totodată să înfrunțați progresiv temerile care vă bântuie, fie că e vorba de contactul cu sexul masculin (contact nediferențiat, apoi unul mai susținut, până la angoasa 0) sau de contactul bărbatului cu sexul feminin (înaintare, prin etape, până la angoasa 0).

Iată, cu titlu indicativ, o listă de exerciții.

SERIE DE EXERCITII

- Dezmierdări globale pe tot corpul, fără atingerea zonelor sexuale.
- Dezmierdări și explorare externă a zonelor sexuale, fără focalizare asupra lor, în scop de descoperire și de calmare progresivă față de contactul celor două sexe.
- Luați degetul partenerului și treptat îl puneți sub controlul dumneavoastră, la intrarea vaginului, apoi în interior, în ritmul dumneavoastră, făcând exercițiile lui Kegel.
- Puneți glandul la intrarea vaginului făcând și de data asta exercițiile lui Kegel.
- Penetrare progresivă a penisului, asociată cu exercițiile lui Kegel.

Această inițiere progresivă poate necesita mai multe luni de zile. Procedați fără grabă în asimilarea fiecărei etape. Nu uitați să vă evaluați nivelul de angoasă de la 0 la 100. Evoluția dumneavoastră vă va permite să constatați cum această notă se apropie de 0.

■ *Desensibilizarea sistematică*

Dacă nivelul de angoasă este prea ridicat, și înainte de a efectua exercițiile de expunere la stres despre care am vorbit mai sus, puteți începe prin a vă imagina situațiile stresante, por-

înd de la cea mai simplă și mergând spre cea mai complicată, după ce ați întocmit lista etapelor prin care doriți să treceți.

- După câteva mișcări de inspirație și de expirație profunde, vă imaginați etapele progresive de desensibilizare la frica de penetrare (una până la două situații de fiecare ședință, nu mai multe).

- Țineți minte că ceea ce contează este gradualitatea și repetarea. Nu treceți la etapa următoare decât atunci când cea precedentă nu mai ridică probleme (angoasa dumneavoastră se află la 0 pe o scară de la 0 la 10).

■ Terapia cognitivă

Un travaliu specific asupra ruminărilor anxioase poate fi important dacă vă simțiți invadată de gânduri parazite și ruminatorii, de idei fixe care vă blochează.

Trasați pe hârtie cinci coloane și completați-le după următorul model.

Situație	Emoții	Gânduri iraționale	Gânduri alternative	Obiectivul fixat de mine
Partenerul se apropie de mine.	Încordare la stomac. Plânsete.	Îl voi dezamăgi. Mă va dura.	Dacă-i explic de ce mă tem, voi fi mai liniștită.	Dezmierdări globale. Învăț să-l ating.
Este în erecție.	Agresivitate. Mânie împotriva lui.	El nu se gândește decât la asta. E un lucru obscen. Am vaginul prea mic.	E foarte tandru cu mine; dacă spun că e ceva obscen, spun așa numai fiindcă mi-e frică.	Voi vorbi cu partenerul. Aș vrea ca el să se potrivească la ritmul meu. Mi-e frică de ceea ce voi descoperi.

■ Și mai departe?

- Dați-vă o nouă notă de la 0 la 10, care să reprezinte nivelul dumneavoastră de satisfacție privitor la evoluția problemei pe care o aveți.

- Întrebați-vă ce vă rămâne de făcut pentru a câștiga puncte în plus. Scrieți pe o foaie de hârtie etapele de parcurs.

- Reluați anumite exerciții de câte ori doriți, schimbarea va continua.

Ejacularea rapidă

■ Pentru început

Puneți-vă o notă de la 0 la 10, corespunzând gradului dumneavoastră de satisfacție în legătură cu problema sexuală pe care o aveți (0: insatisfacție totală; 10: satisfacție foarte mare).

În mod normal nota e mică, exceptând cazul că nu aveți de fapt nici o problemă sau dacă vi se pare că e o problemă doar pentru partenera dumneavoastră.

■ Informația de bază

Este ceva „normal”

— La bărbat, ejacularea rapidă este starea de bază. Sontan, orice bărbat ejaculează repede și deci orice bărbat trebuie să învețe să se controleze. Fiecare folosește „trucuri” pentru a-și gestiona mai bine ejacularea.

— Ejacularea rapidă este rareori de origine organică (exceptând situația când există un sindrom dureros).

— Fenomenul anxietății și al stresului se află la originea multor ejaculări precoc. Excitația legată de teama de eșec se

adaugă celei sexuale normale, ducând la o ejaculare și mai rapidă.

De la excitație la ejaculare

— Ejacularea nu se controlează niciodată; ceea ce se poate gestiona este excitația. Dacă un bărbat vrea să-și prelungească timpul, trebuie să treacă prin momente de excitație puternică și prin momente de excitație mai calmă.

— Cu cât un bărbat se precipită mai mult spre penetrare, neglijând dezmiertările generale, cu atât ejacularea este mai rapidă. Cu cât înmulțește sursele de mare excitație, fără ca din când în când să se destindă, să-și micșoreze nivelul de excitație, cu atât va grăbi momentul ejaculării.

— Cu cât un bărbat se focalizează mai mult asupra reușitei și a performanței, cu atât mai sigur va eșua. Există o legătură între modul în care cineva își „zăvorăște” corpul, limbajul, actele în viața de zi cu zi, și nevoia pe care o simte de a-și controla sexualitatea.

— Controlul excitației nu asigură neapărat orgasmul la femeie, dar poate favoriza excitarea ei.

Schimbarea se face în doi

— Colaborarea partenerei este indispensabilă. Cu cât viziunea ei despre problemă este mai pozitivă, cu atât progresele vor fi mai rapide.

— E fără rost să cauți să-ți controlezi excitația sexuală, atunci când problemei sexuale i se asociază o dizarmonie conjugală globală.

■ Relaxarea

Se pot folosi două tehnici: relaxarea și „stoparea gândirii”, întâi de unul singur, apoi în cursul jocurilor sexuale cu partenera.

Respirația sincronică este utilă pentru o mai bună gestionare a stresului și pentru domolirea tensiunilor.

Simplul fapt de a-și controla respirația prin mișcări profunde de inspirație și expirație permite bărbatului o reglare a stării emoționale. Starea de calm astfel indusă ajută la un control mai bun al excitației pe măsura apropierii de final.

Tehnica stopării gândirii, asociată relaxării, este deosebit de eficace în cazul ejaculării rapide.

• După ce mi-am luat timp să fac câteva mișcări de inspirație/expirație sincronică, las să-mi vină gândurile parazite (soția mea va fi dezamăgită...).

• Mă concentrez asupra acestor gânduri, apoi pun mental un stop vizual sau un alt semnal, care blochează gândirea parazită. Încerc să rămân astfel câteva clipe, apoi las ca gândurile parazite să revină.

• Refac acest exercițiu de mai multe ori la rând, până când dispăre gândirea parazită.

Iată acum o variantă a acestui exercițiu.

• După câteva mișcări de inspirație/expirație, mă concentrez asupra actului sexual așa cum se petrece el de obicei: dezmiertări, precipitare în timpul penetrării, gânduri parazite, stres, ejaculare rapidă, dezamăgire etc.

• Atunci când sunt perfect concentrat asupra acestei scene, pun în minte un stop vizual. Apoi reiau aceeași situație, dar imaginând versiunea pozitivă: dezmiertări lente și agreabile, respirație liniștită cu timp de inspirație/expirație sincron, trecere fără grabă de la zonele sexuale excitante la zonele mai senzuale, încercare de penetrare ca mijloc și nu ca scop etc. Pot merge atunci până la a-mi imagina că această scenă se termină printr-o ejaculare controlată.

» Mă concentrez asupra acestei situații sexuale pozitive, apoi pun un stop vizual și reiau versiunea negativă. Din nou pun stop, imaginez versiunea pozitivă și așa mai departe... până la dispariția negativului și a angoasei.

■ Tehnicile cognitive

La ejacularea rapidă, ca și la alte disfuncții sexuale, parazitarea gândurilor, credințele eronate explică o mare parte din tulburările ejaculatorii. Puteți folosi atunci tehnica coloanelor lui Beck. Ea vă va ajuta să găsiți alternative la gândurile dumneavoastră negative.

Situație	Emoții	Cogniții negative	Cogniții alternative	Ce voi face în realitate
Aș vrea ca soția să simtă plăcere.	Încordare. Febrilitate. Teamă.	Și acum voi ejacula repede, ea va fi dezamăgită și îmi va da de înțeles.	Trebuie să am încredere în mine, n-are rost să-ți fixezi un rezultat imposibil de obținut, voi vorbi cu ea despre asta.	Mă voi concentra asupra respirației și mă voi abandona dezmierdărilor în ritmul meu, fără a mă preocupa de ejaculare. Dacă survine prea repede, nu e grav, n-am ajuns încă la asta în programul meu de schimbare.

■ Tehnicile comportamentale

Tehnicile comportamentale utilizate sunt de două tipuri:

1. Tehnica *Squeeze*.
2. Tehnica *Stop and Go*.

Menirea lor este de a vă permite să descoperiți și să controlați nivelul-limită pe care nu trebuie să-l depășiți dacă vreți să aveți „o marjă” între excitație și ejaculare. Cunoașterea acestui nivel-limită este indispensabilă.

Așa numita *Squeeze-Technic* a lui Master și Johnson

• Când ejacularea e aproape de nivelul de ireversibilitate (nici prea devreme, nici prea târziu) efectuați cu degetul mare o comprimare la nivelul frenului glandului sau la nivelul uretrei peniene (la baza penisului), acolo unde uretra este aproape de piele. Această comprimare destul de tare provoacă un reflex inhibitor al ejaculării. Ea antrenează uneori o mică scădere trecătoare a erecției.

• Reluați apoi jocul amoros. Când excitația redevine prea puternică, efectuați o nouă comprimare, și așa mai departe.

• Puteți face singur acest exercițiu în timpul masturbării (ceea ce este adesea mai ușor, pentru că nivelul stresului e mai mic), apoi cu partenera.

Tehnica *Stop and Go* a lui Semans

Este vorba de o expunere progresivă la situația de eșec.

— Etapa întâi: stimulare-oprire a penisului, fără dezmierdări sexuale prealabile și fără penetrare, în vederea determinării nivelului-limită de excitație controlabilă (nivelul 1 de dificultate).

Partenera dumneavoastră vă efectuează stimulări manuale ale penisului până când dumneavoastră spuneți „stop” (când

simțiți ca iminentă ejacularea). Ea se oprește, apoi după câteva secunde reia stimulările, până la un nou stop, și așa mai departe de câte patru sau cinci ori. Repetați împreună exercițiul timp de mai multe zile, până când ajunge să nu mai fie necesar.

— Etapa a doua: stimulare-oprire a penisului, cu dezmierdări prealabile dar fără penetrare, în vederea determinării nivelului-limită de excitație controlabilă (nivelul 2 de dificultate).

Asociați astfel niște jocuri mai puțin excitante cu unele mai excitante, ceea ce permite excitației să fluctueze fără a merge crescendo până la ireversibilitate. Și de data asta, partenera dumneavoastră efectuează stimulări manuale ale penisului până când îi spuneți „stop”. Atunci își retrage mâna, așteaptă câteva minute, de care dumneavoastră vă folosiți pentru a continua dezmierdările generale. Apoi partenera reia stimulările până la un nou „stop”. De data asta pot avea loc, în cursul aceleiași sedințe, câte două-trei stimulări-opriri separate, fiecare de câte cinci până la zece minute.

— Etapa a treia: penetrări dezinteresate de scurtă durată, în vederea determinării nivelului-limită de excitație controlabilă (nivelul 3 de dificultate).

După aceasta, vă retrageți pentru a diminua excitația și treceți la alte dezmierdări, mai calme, mai puțin implicate sexual. Apoi reluați penetrarea și din nou vă retrageți, și așa mai departe până la satisfacere.

— Etapa a patra: reluarea raporturilor sexuale folosind penetrarea ca mijloc (nivelul 4 de dificultate).

Fiecare nouă etapă nu trebuie abordată decât atunci când cea precedentă nu mai pune probleme. *Stop and Go* este un exercițiu progresiv de schimbare (în atitudini, comportament, credințe).

■ Și acum?

• Notați de la 0 la 10 indicele dumneavoastră de satisfacție cu felul cum evoluează problema dumneavoastră (0: nesatisfăcut; 10: foarte satisfăcut).

• Comparați această notă cu cea pe care v-ați dat-o la început: veți constata, sper, că ați câștigat câteva puncte.

• Precizați obiectivele imediat următoare pe care ați dori să le atingeți. Notați etapele care vă vor permite să le atingeți.

Tulburările dorinței și anorgasmia

Asociem între ele cele două tulburări pentru că adesea acești doi parametri se regăsesc în chip de cauză și de efect la o aceeași persoană. Logica e următoarea:

— Dacă nu am dorință, plăcerea și orgasmul vor veni mult mai greu, pentru că nu voi fi destul de excitat.

— Dacă nu am plăcere, treptat voi ajunge tot mai greu să am dorință.

■ Pentru început

Notați indicele dumneavoastră de satisfacție în legătură cu problema (0: nesatisfăcut; 10: foarte satisfăcut).

Nu fiți dintr-o dată foarte exigent(ă): trebuie să acceptați să treceți prin diferite etape înainte de a ajunge la rezultatul scontat. A vrea să reușești imediat, fără a-ți oferi mijloacele necesare, înseamnă a eșua. Descoperirea progresivă a satisfacției garantează o înaintare sigură.

■ Informația de bază

— Dorința și plăcerea trec prin dezinhibare, decontractare, abandon de sine.

— Tot ce întreține încordarea sau autosupravegherea riscă să ducă la blocaj: stresul, grijile cotidiene, evenimentele de viață, starea cuplului, indispoziția personală, imaginea negativă despre corp, credințele eronate, viziunea „murdară” despre sexualitate, fantasmele interzise, teama de reacțiile partenerei/partenerului etc.

— Pentru a-ți putea da frâu liber, este deci nevoie de o bună stare psihică: fantasme, imaginar erotic, absență de gânduri parazite, ruminatorii, anxioase, depresive...; apoi, de o bună relație cu propriul corp: imagine bună despre sine, cunoaștere a propriului corp, absență de tensiuni corporale care anestizează senzualitatea; în fine, de o bună relație cu celălalt: cunoaștere a sexului masculin, comunicare în cuplu, scenariu amoros, timp petrecut împreună.

— Problema nu s-a rezolvat niciodată spunând în mod sistematic „nu” sau supunându-te ca să ai pace.

■ Expunerea progresivă

Terapia se desfășoară în două etape: un antrenament personal, pe de o parte, iar pe de alta, un antrenament în doi.

Etapa întâi: antrenamentul personal

Această etapă vă va permite să vă cunoașteți mai bine senzațiile. Vă pot fi de folos aici diverse mijloace:

— Utilizarea de texte sau de filme erotice susceptibile să vă dezvolte fantasmele.

— Explorarea propriului corp în asociere cu aceste fantasme.

- Contactele manuale în timpul îmbăierii sau al dușului.
- Exercițiile musculare ale lui Kegel*.
- Simularea orgasmului prin mișcări ale bazinului, mișcări de du-te-vino.
- Autostimulare prin vibrator.

Etapa a doua: antrenamentul în doi

Acum îl/o puteți asocia pe partenerul/partenera dumneavoastră la descoperirea propriilor senzații. Pentru aceasta puteți utiliza tehnica „*Sensate Focus*”, despre care am vorbit deja în legătură cu tulburările de erecție**.

▲ Dezmierdări nesexuale făcute în doi, unul după altul, fără penetrare, cu exprimarea sentimentelor și emoțiilor resimțite.

▲ Dezmierdări nesexuale și sexuale fără penetrare (mângâieri la nivelul clitorisului, de exemplu, dar fără a merge până la orgasm, fără focalizare asupra acestei zone).

▲ Reluarea exercițiilor pe care le-ați efectuat deja singur(ă), dar de data asta în prezența partenerei/partenerului care experimentează, participă sau acompaniază (decizia vă revine dumneavoastră).

▲ Dezmierdări sexuale, penetrare în poziția deasupra asociată cu o stimulare digitală a clitorisului și cu mișcări ondulatorii ale bazinului (această poziție, activă pentru femeie, permite o accentuare a contactului clitorido-vaginal cu rădăcina penisului).

Iată, în completare, cele douăsprezece etape preconizate de Lo Piccolo, specialist american al programului de masturbare dirijată, care este, de fapt, o veritabilă tehnică de expunere și inoculare la stres.

* Vezi p. 202.

** Vezi p. 193.

UN PROGRAM ÎN 12 ETAPE

- Etapa 1: dedramatizarea problemei, explicarea programului.
 Etapa 2: privirea în oglindă (a propriului corp, a organelor genitale, a sânilor).
 Etapa 3: autoatingerea pe tot corpul + exerciții Kegel.
 Etapa 4: atingeri sexuale solitare (folosind gel) + fantasme.
 Etapa 5: dezmierdări sexuale, concentrare, unduiri ale bazinului.
 Etapa 6: dezmierdări sexuale cu mișcări accentuate, mimare a orgasmului.
 Etapa 7: vibrator + fantasme.
 Etapa 8: dezmierdări sexuale ale partenerului + schimburi verbale.
 Etapa 9: a face plăcere celuilalt cu un vibrator și a deculpabiliza orgasmul.
 Etapa 10: penetrare cu contact clitorido-vaginal.
 Etapa 11: încercarea altor poziții (dacă se dorește).
 Etapa 12: bilanț. Dacă există ameliorare, vă opriți. Dacă nu, continuați cu o analiză psihologică mai cognitivă sau analitică.

■ Desensibilizarea sub relaxare

Ca întotdeauna, dacă nivelul dumneavoastră de angoasă este foarte ridicat, trecerea prin relaxare este de dorit.

- Alcătuiți lista situațiilor cu care doriți să fiți confruntat(ă) imaginar. Începeți cu cea mai simplă și terminați cu cea mai angoasantă.

- Expunerea sub relaxare se va face progresiv și cu repetarea situațiilor. Pe măsură ce înaintați cu ședințele, aceste exerciții vă vor permite:

- Să explorați diverse părți ale corpului dumneavoastră.
- Să învățați să vă gestionați mai bine respirația.
- Să vă „abandonați” mai bine grație modificării nivelului de conștientă.

- Să vă descoperiți simțurile, asociind mental pe fiecare din ele cu o imagine sau un obiect care îl califică pozitiv (un anumit parfum, o anumită muzică etc.).

- Să vă dezvoltați imaginarul prin crearea de scenarii fantasmatic.

- Să faceți deosebire între ceea ce vă jenează din pricina necunoașterii, ceea ce vă jenează pentru că aveți impresia că nu este normal, și ceea ce vă jenează din simplu dezinteres sau din dezgust veritabil.

■ Terapia conjugală

Dorința poate uneori să dispară chiar la început, când un cuplu adoarme sau se ceartă, și să nu reapară decât la urmă, când totul e aranjat.

Priceperea de a crea un context relațional pozitiv este foarte importantă pentru menținerea dorinței sau pentru accesul la plăcere. Se poate întâmpla să facem abstracție de context când stimulii sexuali sunt puternici iar factorii de excitație importanți. Când însă partenerii se cunosc de multă vreme, ei trebuie să învețe să *construiască* acest climat pozitiv pentru a se regăsi, a se dori, a se seduce reciproc. Reamintiți-vă de ceea ce ați făcut deja la început pentru a seduce.

Testele vă vor permite să ameliorați contextul relațional de evaluare conjugală.

■ Terapia cognitivă

- Scrieți pe o foaie de hârtie tot ce vă vine în minte când vă întâlniți cu problema dumneavoastră sexuală: gânduri parazite automate, ruminări anxioase, idei fixe...

- Încercați apoi să precizați situațiile la care se referă aceste gânduri negative, precum și emoțiile negative asociate acestor situații.

- Construiți după aceea cele cinci coloane ale lui Beck, încercând să imaginați gânduri alternative mai adaptate.

Situație	Emoții	Cogniții negative	Cogniții alternative	Ce anume decid să fac
Mă simt bine fără relație sexuală, dar soțul meu vine astă-seară de la un seminar profesional.	Frică la stomac. Iritabilitate. Hipersensibilitate.	Nu mă pot duce spre el. Voi trece „la cratiță”. Sexul e ceva animalic. Și nici nu-mi place.	Știu, din ce am vorbit cu el, că e de acord să meargă în ritmul meu. Știu, de asemenea, că nu pot să nu fac nimic.	La două ori o dată mă voi duce spre el numai pentru dezmierdări.
Soțul mă atinge prea des. Corpul meu îl atrage.	Încordare. Agresivitate. Crispare corporală.	Bărbații numai la asta se gândesc. Sunt mai mult mamă decât soție. Sunt urâtă.	Dacă nu fac nimic, el va avea tendința să mă „lipească” mai tare. Copiii mei ar fi poate mai fericiți văzând la părinți gesturi tandre. Nu pot cere unui bărbat să aibă despre corpul meu aceeași imagine ca mine. Cu cât vreau ca el să reacționeze ca mine, cu atât mai puțin poate să rămână bărbat, și cu atât îl voi iubi mai puțin.	Decidem să ne giugiulim, fără a merge și mai departe. O dată la două săptămâni mă voi duce spre el, fiind pregătită psihologic și fizic.

■ Și acum?

• Puneți-vă următoarea întrebare: legat de evoluția problemei mele, la cât pot evalua gradul meu de satisfacție? Indicele să fie cuprins între 0 și 10.

• Revedeți nota pe care v-ați dat-o la început și comparați rezultatele. Dacă cifra a evoluat, sunteți pe calea bună.

• Continuați exercițiile în ritmul dumneavoastră, singur sau împreună cu partenera/partenerul dumneavoastră. Întrebați-vă ce v-ar putea face să câștigați puncte în plus și notați-vă etapele pe care urmează să le parcurgeți.

Ejacularea întârziată și anejacularea

■ Pentru început

• Notați-vă indicele de satisfacție față de problema dumneavoastră sexuală (0: indispoziție și insatisfacție totală; 10: bună dispoziție și satisfacție totală).

• Păstrați această notă, urmând s-o comparați cu cea pe care o vă veți da după ce faceți primele exerciții.

■ Informația de bază

La fel ca anorgasmia feminină, această problemă are deseori legătură cu două fenomene cuplate: scăderea sau chiar „frânarea” excitației și sporirea controlului din teama de a-ți da frâu liber.

De la ejaculare la orgasm

În anejaculare nu există orgasm. E posibil să aveți excitație normală, dar sunteți în incapacitatea de a ejacula, de a avea un orgasm „eliberator”, totul fiind controlat. Soluția constă atunci în a accepta, progresiv, asumarea riscului de a vă abandona.

Dacă există orgasm fără exteriorizarea spermei, gândiți-vă la ejacularea retrogradă, care este o problemă organică și pentru care există în urologie tratamente adecvate.

Ejacularea nu produce orgasm la femeie, nu este obligatorie pentru plăcerea feminină.

Demersul trebuie să fie progresiv

Descoperirea plăcerii și a orgasmului se efectuează prin exerciții progresive. Căutarea cu orice preț a rezultatului accentuează autocontrolul și îndepărtează și mai mult apariția plăcerii.

Trebuie să identificați factorii de stres, constrângerile sau gândurile ruminatorii vinovate. Observați ce anume nu suportați în desfășurarea raportului sexual, ce anume v-ar plăcea să faceți sau să spuneți, dar nu îndrăzniți să exprimați, din teamă de privirea celuilalt, din teama de celălalt etc.

Programarea raporturilor sexuale, în cazul dorinței de a avea copil, este o cauză frecventă de blocaj ejaculatoriu. Se impune să vă ocupați mai întâi de problema anejaculării, lăsând pentru mai târziu dorința de a avea copil. După această primă etapă, veți putea, dacă e necesar, să faceți un tratament pentru hipofertilitate.

■ Expunerea la stresul eșecului

Exercițiile se vor efectua progresiv și în etape.

• Întocmiți lista situațiilor care sunt surse de stres, de teamă sau de neliniște.

• Începeți exercițiile pornind de la situațiile în care ejacularea poate avea loc. Înaintați progresiv spre situațiile în care ejacularea este în prezent imposibilă.

• În realizarea acestui joc, rolul partenerei dumneavoastră este esențial.

SERIE DE EXERCITII

1. Masturbare de unul singur.
2. Dezmierdări globale fără atingerea zonelor sexuale și fără penetrare.
3. Masturbare făcută de parteneră, asociată cu dezmierdări globale fără penetrare.
4. Penetrare „dezinteresată” și ejaculare extravaginală după stimularea făcută de unul sau de celălalt.
5. Prolungirea timpului de penetrare, urmată, progresiv, de ejaculare intravaginală.

Aceste exerciții sunt progresive. Repetați-le în ritmul care vă convine și nu treceți la etapa următoare decât atunci când cea precedentă nu mai ridică probleme. Notați fiecare situație folosind cifre de la 0 la 100 (0: absența angoasei; 100: maximum de angoasă).

■ Desensibilizarea sub relaxare

Vom detalia acum diferitele exerciții mergând de la cel mai puțin angoasant spre cel mai angoasant.

• Începeți prin a întocmi o listă proprie de situații și puneți în fața fiecăreia din ele o cifră între 0 și 100 (0: nici o angoasă în legătură cu problema mea; 100: multă angoasă în legătură cu problema mea).

• Imaginați-vă apoi, sub relaxare, câte una sau două situații de ședință, până ce angoasa dispare.

• Repetați aceleași exerciții în realitate.

SERIE DE EXERCITII

1. Vă imaginați gol, fără a vă mângâia sau atinge zonele sexuale.
2. Vă imaginați gol, alături de parteneră.
3. Vă masturbați fără a merge până la ejaculare, fără parteneră.
4. Vă masturbați singur până la ejaculare.
5. Vă masturbați în prezența partenerii, care nu vă privește.
6. Vă dezmiardați reciproc pe zonele sexuale, fără a merge până la ejaculare.
7. Vă masturbează parteneră până la ejaculare.
8. Alternați masturbarea cu penetrarea dezinteresată, fără ejaculare extravaginală.
9. Alternați masturbarea și penetrarea, cu ejaculare extravaginală.
10. Micșorați timpul de stimulare manuală și creșteți-l pe cel intravaginal, menținând ejacularea extravaginală.
11. Stimulare de către parteneră, apoi penetrare și ejaculare la intrarea vaginului.
12. Stimulare de către parteneră, urmată de penetrare și ejaculare intravaginală.
13. Reluarea raporturilor sexuale.

Relaxarea vă permite să integrați mai ușor diferitele etape, imaginând versiunea pozitivă a progresării. Puteți însă înlocui viziunea pozitivă a situației cu o viziune negativă a situației pe care încercați s-o pozitivați.

■ *Tehnicile mecanice*

Utilizarea vibratorului sau a vibromasorului poate fi utilă atunci când nivelul blocajului nu permite obținerea unei prime ejaculări nici chiar în faza extravaginală.

Vibratorul va fi așezat pe punctele de trecere a uretrei de-a lungul penisului (rădăcina penisului, frenul glandului). El va fi folosit după crearea unui scenariu stimulator, de pildă în cursul unei ședințe de relaxare.

Această tehnică, foarte utilizată în Statele Unite, este încă greu acceptată în Europa, ceea ce e regretabil, dat fiind că poate fi foarte interesantă pe plan terapeutic.

■ *Travaliul cognitiv*

Exercițiile indicate mai jos vă vor permite să vă modificați schemele de gândire referitoare la eșec și neperformanță. Veți putea astfel să găsiți alternative mai pozitive la temerile dumneavoastră.

• Într-o primă fază veți efectua acest travaliu în scris, completând coloanele după următorul model:

Situație	Emoție	Gânduri asociate	Gânduri alternative	Rezultat
Raport sexual propus.	Emoționat, anxios.	La capătul a cincisprezece minute voi fi incapabil să ejaculez.	E normal că nu reușesc să ejaculez: mi-e atât de frică, încât numai la asta mă gândesc.	Pot încerca masturbarea, voi face plăcere partenerii fiind mai drăgăstos cu ea.

• Puteți apoi, dacă doriți, să vă imaginați situația sub relaxare, astfel încât să vă focalizați asupra rezultatului pozitiv (coloana 5) și nu asupra gândurilor negative.

După câteva mișcări de inspirație-expirație, imaginez situația sexuală care mă supără și mă concentrez asupra soluției găsite în coloana 5 (asociate gândurilor alternative din coloana 4). Trec astfel de la negativ la pozitiv până la acceptarea acestei din urmă soluții, mai adaptate dorinței mele.

• Puteți, de asemenea, să vă ajutați de tehnica „stopării gândirii”.

După ce m-am concentrat asupra gândului negativ care mă parazitează, pun stop. Cuvântul „stop” (sau indiferent ce alt semn) mi se întipărește în minte. După stop, pun un gând pozitiv alternativ (coloana 4). Trec pe rând de mai multe ori de la negativ la pozitiv folosind stoparea gândirii.

■ *Și acum?*

- Dați-vă din nou o notă de la 0 la 100, corespunzător evoluției înregistrate de problema dumneavoastră.
- Comparați această notă cu cea de la început și gândiți-vă la etapele care v-ar putea face să câștigați puncte în plus.

CAPITOLUL 12

Medicamente sau psihoterapie

Ajutorul specialiștilor

Pe drumul personalizat pe care vi l-ați construit singur(ă) folosind uneltele oferite în acest ghid, poate că uneori ați simțit că un ajutor din afară v-ar permite să înaintați mai repede sau v-ar aduce răspunsuri mai complete.

În orice moment, intervenția unui specialist neutru, neimplicat personal în viața dumneavoastră afectivă, poate fi interesantă, utilă sau necesară. Această persoană din afară nu poate regla problema în locul dumneavoastră, dar vă poate ajuta și însoți în voința dumneavoastră de schimbare. Orice titlu ar purta specialistul, importantă va fi relația pe care veți ști s-o creați împreună.

Relația terapeutică

Alianța dintre dumneavoastră și terapeut se cheamă *em-patie*. Această relație se bazează pe încredere și respect reciproc, având drept corolar recâștigarea siguranței de sine, dedramatizarea și deculpabilizarea — condiții indispensabile ale decontractării. Autoabandonul încrezător este necesar pentru a putea vorbi de sexualitate.

Nu vă speriați dacă la răstimpuri vă simțiți derutat(ă). Puneți întrebări terapeutului, împărtășiți-i interogațiile și, câteodată, deruta dumneavoastră. Nu ezitați de a-i cere să

clarifice anumite obiective. De asemenea, nu ezitați să schimbați terapeutul și terapia, dacă nu sunteți satisfăcut(ă).

Relația terapeutică se poate baza pe ascultarea simplă și atentă; poate trece printr-o reflecție psihopatologică asupra rădăcinilor indispoziției dumneavoastră, cuprinzând explicarea cauzală a problemelor, discutarea credințelor, diagnosticul organicității, tratamentul farmacologic sau psihoterapeutic, căutarea de soluții etc.

Esențial este să existe o veritabilă relație terapeutică, o veritabilă colaborare, iar acestea reclamă onestitate: în ceea ce spun, simt și aștept de la terapeut, dar și în ceea ce terapeutul spune, simte și așteaptă de la capacitățile sale de a ajuta și a se face înțeles.

Orice om își are limitele sale, chiar și terapeuții. Fiți prevăzători cu cei ce vor să facă totul, să trateze totul și să vă impună propriile lor răspunsuri.

■ *Ce precauții se impun?*

Evident că trecerea la act este interzisă. Ea nu trebuie să aibă loc niciodată, nu-i posibilă nici o circumstanță atenuantă.

Cadrul terapeutic pretinde să existe respect pentru fiecare participant. Orice propunere de tratament trebuie explicată, discutată, acceptată. E vorba de un contract.

Trebuie să existe colaborare între dumneavoastră și terapeut. Totul trebuie discutat și definit împreună în cadrul acestei relații empatică, calde, încrezătoare.

Noțiunea de așteptare joacă un rol fundamental: Ce aștept eu de la terapie? Ce vindecare? Ce schimbare? Ce informație? Ce sfat? Ce sprijin?

Înainte de a începe terapia, cei doi semnatari ai contractului trebuie să-și potrivească pașii. În caz de neînțelegere s-ar putea ca unele lucruri să trebuiască repuse în discuție și să fie luată o decizie comună.

Este esențial ca rolurile să nu fie confundate. Chiar dacă dumneavoastră știți mai multe decât terapeutul despre problema dumneavoastră, el este cel care vă va permite, prin strategii gândite împreună cu dumneavoastră, să deveniți cu adevărat activ(ă). El este cel care vă va ajuta să efectuați schimbarea, cel care vă va permite să găsiți, în dumneavoastră, răspunsul la problema pe care o aveți. Acesta e axul principal al travaliului terapeutic.

■ *Când să vă duceți la consultație?*

Oricând. Totuși, anumiți parametri personali sau ținând de mediul înconjurător fac deosebit de dezirabilă intervenția specialistului.

1. În cursul unei decompensări psihice, în perioade de indispoziție sufletească, exprimată printr-o suferință necontrolabilă care vă invadează viața de zi cu zi, se răsfărge asupra actelor personale, vă modifică percepția și distanța (stări depresive anxioase, stres, dificultăți comportamentale, stări de furie, de agresivitate reacțională).

2. Când cuplul se află în criză și soții nu mai pot să-și vorbească. Dumneavoastră, celălalt, sistemul conjugal, interacțiunile — totul devine patologic iar cuplul dumneavoastră nu mai poate fi un loc de întâlnire structurantă. Intervenția din afară este atunci necesară pentru a depăși interpretările și proiecțiile personale.

3. Când soluțiile găsite, de unul singur sau în cuplu, amplifică problemele, mențin conflictele, când rezultatul nu este la înălțimea speranțelor, când nu există răspuns satisfăcător.

4. Când starea dumneavoastră de sănătate fizică sau psihică vă preocupă, când survin îngrijorări privitoare la sănătate, adăugându-se problemei sexuale.

CÂND SĂ MĂ ADRESEZ UNUI SPECIALIST?

- Când vreau să mă liniștesc.
- Dacă soluțiile pe care le-am găsit singur(ă) nu aduc o îmbunătățire.
- Dacă cuplul meu e în criză.
- Dacă la mine, la celălalt, în cuplul meu există o suferință fizică sau psihică.

■ Pe cine să consult?

Medicul generalist sau medicul de familie

Medicul dumneavoastră generalist este adesea depozitarul dosarului dumneavoastră medical și al istoriei dumneavoastră medico-psihologice. El poate cunoaște cuplul dumneavoastră, pe copiii dumneavoastră și are astfel o viziune globală despre mediul în care trăiți. La fel de adevărat e, însă, că „medicul de familie” este totodată „intimul” familiei, ceea ce poate face mai dificilă exprimarea problemelor personale.

Cu toate acestea, dacă doriți iar dânsul e de acord, medicul dumneavoastră generalist poate efectua o acțiune de „descălcire”, deosebind între factorii psihologici personali, factorii conjugali, factorii organici etc. De asemenea, el poate, dacă se simte pregătit iar dumneavoastră sunteți de acord, să procedeze la un examen medical, să prescrie examene complementare și să propună tratamente.

Unii medici au o „fibră psi” mai dezvoltată. Ei concep strategii de tratament, dau sfaturi și explicații, dedramatizează. Aceasta e o etapă indispensabilă în derularea consultației.

Consultațiile specializate

La recomandarea medicului dumneavoastră curant sau din proprie inițiativă, puteți consulta diferiți specialiști formați în

terapia tulburărilor sexuale: urologi, ginecologi, endocrinologi, angiologi, neurologi, psihiatri.

— Chiar dacă dețin cunoștințe specifice dobândite prin specializare, toți acești medici vă pot oferi și o viziune globală asupra problemei dumneavoastră și, în particular, vă pot explica legătura dintre psihic și organic, dintre individ și cuplu.

— Chiar dacă nu pot cuprinde în întregul ei terapia problemei sexuale și factorii somato-psihici complecși și multipli care intervin în ea (cauze psihologice, cauze conjugale, probleme organice, dificultăți sociofamiliale, acțiuni medicamentoase), acești specialiști au adesea în preajma lor o echipă de colaboratori.

Anumiți organiciști (ginecologi, endocrinologi, urologi...) preferă să rămână în domeniul lor, unde se simt „acasă”, și să lase pe seama altora factorii psihologici care se pot adăuga celor organici. Tot așa, psihiatrii și psihologii de multe ori pregetă să intre în domeniul organicității și, pentru a-și globaliza travaliul, apelează la specialiști organiciști.

Important e să aveți un interlocutor privilegiat capabil, singur sau în echipă, să globalizeze problema sexuală, fără decupaj artificial.

REȚINEȚI

Nu vă încredeți în atotputernicia terapeuților care vor să facă totul, să trateze totul.

■ Care sunt condițiile unei bune abordări terapeutice?

Tratamentul unei probleme sexuale necesită prezența a diverși factori, indispensabili elaborării unui program terapeutic coerent.

Există parametri, interni și externi, ce țin de individul purtător al simptomului, de soția sa/soțul său și de mediul

înconjurător; apoi parametri ce țin de terapeut și de mediul său; în fine, parametri ce țin de sistemul care leagă pacientul (pacienții) de terapeut.

Eficacitatea terapiei va depinde de concordanța dintre interpretările și așteptările fiecăreia din cele două părți. Oricare ar fi terapia, relația terapeutică trebuie să aibă drept scop mobilizarea potențialităților, a capacității pacientului de a se autotrata. Principalii factori ce intervin în stabilirea programului terapeutic sunt următorii:

- Cererea exprimată de pacient și interpretarea pe care i-o poate da terapeutul. E posibil să existe o mare diferență între ceea ce cere pacientul/pacienta și ceea ce cere soția sa/soțul său. Tot așa, e posibil să existe o mare diferență între o cerere realistă (ameliorarea propriei sexualități în cuplu) și una iluzorie (de a fi perfect, fără greș din punct de vedere sexual).

- Motivația schimbării și spiritul deschis, la pacient, dar și la terapeut. Acestea permit înțelegerea problemei în toate componentele ei. E o mare deosebire între a fi pacient (pasiv, în căutarea magiei), căutător (al unei explicații, bunăoară) și client (care formulează cu adevărat o cerere, terapeutul urmând să prezinte oferta sa de tratament, astfel că între cei doi se încheie o afacere).

- Analiza problemei, necesară atât pe plan istoric, cât și pe cel actual.

- Capacitatea de a repera diferenții factori care joacă un rol în problemă: elemente de personalitate, mediu, factori organici...

- Capacitatea de a înțelege în ce registru funcționează cel mai bine persoana în cauză (psihic, emoțional, somatic, comportamental), pentru a utiliza cele mai potrivite instrumente. Un ins care trăiește „cu picioarele pe pământ” va fi mai sensibil la o terapie corporală; unuia aflat în ruminare, care „gândește tot timpul”, i se vor potrivi mai bine instrumentul verbal și terapia cognitivă; un om de acțiune va progresa mai

ușor în cadrul unei terapii care se folosește de exerciții comportamentale.

- Stabilirea unei veritabile relații umane interpersonale având drept nod central empatia. Competența profesională nu este de-ajuns pentru reușita unei terapii. Mai este nevoie și de o relație calduroasă care să întărească pozitiv progresele obținute, de o comunicare reciprocă de emoții, de un schimb, de o verbalizare cu voce tare a gândurilor, de căutarea în comun a unor obiective de lucru. Oricum, este de evitat neutralitatea rece și distantă între dumneavoastră și terapeut.

- Absența de comportamente și cuvinte fără scop terapeutic: provocări din plăcerea de a provoca, tăceri spre a induce o indispoziție fără rost. Provocarea, tăcerea, poziționarea comportamentală, cognitivă, emoțională a terapeutului n-au sens decât dacă se înscriu într-un program terapeutic.

- Acceptarea de către terapeut a propriilor limite, evitarea posturii de om care poate și știe totul, neimpunerea unei terapii „proprii”, oricare ar fi tulburarea.

- Concordanța dintre așteptările pacientului și cele ale terapeutului: cei doi să fie pe aceeași lungime de undă, într-o aceeași schemă de comunicare verbală și corporală. Terapeutul și pacientul trebuie să cadă de acord asupra unei schimbări suficiente în raport cu simptomul. Asta poate merge uneori până la dispariția problemei, alteori însă doar până la modificarea unui parametru sau până la o percepție diferită a problemei (și atunci aceasta încetează de a mai fi o problemă).

Cele două axe ale terapiei

Vorbind în mare, terapia se efectuează după două axe:

1. O axă somatică (medico-chirurgicală și chimioterapeutică).
2. O axă psihoterapeutică (și sexoterapeutică).

Ritmul va depinde de tipul de terapie, individuală sau în grup. El va evolua în funcție de obiectivele definite — după cum e vorba, de pildă, de convorbiri de susținere sau de

tehnici specifice precum relaxarea, tehnicile cognitivo-comportamentale, de sexoterapie sau de terapie conjugală.

Vom trece acum în revistă un număr de abordări terapeutice, cu mențiunea că trebuie mereu avut în vedere că ele depind de problemă, de sistemul în care aceasta evoluează și de competențele specifice ale terapeutului.

■ *Locul medicamentelor*

Există medicamente cu efect pozitiv și medicamente cu efect negativ asupra sexualității. Un medicament potrivit pentru cutare problemă poate fi nepotrivit pentru o alta, din pricina efectelor negative pe care le induce.

De exemplu, psihotropicele (anxioliticele, hipnoticele, antidepressoarele, neurolepticele) se folosesc în mod normal pentru combaterea unor tulburări cum sunt anxietatea, depresia, tulburările somnului, ale comportamentului etc. Ele pot avea însă și efecte negative, uneori trecătoare, alteori permanente, pe durata tratamentului și, mai cu seamă, pot provoca apariția de tulburări sexuale.

Este cazul ejaculării întârziate, chiar și al anejaculării, care figurează pe lista efectelor negative ale anumitor tratamente antidepressoare. Este și cazul tulburărilor de erecție care se întâlnesc printre efectele negative ale tuturor psihotropelor, dar îndeosebi ale antidepressoarelor.

Dincolo de efectul legat de concentrația produsului în sânge și de cinetica biologică, există și un efect specific, variabil de la individ la individ, și aceasta indiferent de doză. Acest efect specific depinde de individ, de personalitatea sa, de mediul său înconjurător, de acceptarea sau nu a tratamentului.

De exemplu, teama de posibila apariție a unei probleme sexuale poate favoriza apariția acesteia dacă se ia un tratament psihotrop pentru o problemă psihologică oarecare. Alt exemplu: un tratament antidiabetic poate să nu fie în mod

direct cauza unei probleme de impotență; în schimb, dacă nu este bine suportat sau este respins de către pacient, el poate juca un rol agravant asupra problemei sexuale.

Trebuie, așadar, deosebite mai multe scenarii spre a înțelege mai bine interacțiunile dintre tulburările sexuale și tratamentele medicamentoase.

RETINEȚI

- Tratamentul medicamentos este prescris pentru o maladie sau un simptom (antihipertensor, antidepressor, tratament hormonal), dar maladia este cea care provoacă apariția de probleme sexuale, medicamentele nefiind implicate cauzal în apariția lor.
- Tratamentul medicamentos, luat pentru o maladie sau un simptom, poate antrena efecte secundare negative asupra sexualității. De data asta, nu maladia este factor cauzal al problemei sexuale, ci medicamentele.
- Tratamentul medicamentos este prescris pentru a acționa asupra unui factor specific (hormonal, vascular, psihogen) dintr-o tulburare sexuală. Există o legătură directă între prescrierea produsului și acțiunea pozitivă asupra cauzei organice a problemei sexuale.

Să luăm ca exemplu legătura dintre tulburările sexuale, depresie și antidepressoare. Tulburarea sexuală poate fi legată, în diverse moduri, cu depresia și antidepressoarele.

• Tulburarea sexuală poate preexista depresiei, fără să existe o legătură, cel puțin la început. Mai apoi însă, ele se potențează reciproc.

• Tulburarea sexuală poate fi cauză a depresiei: factorul declanșator, „picătura care umple paharul”.

• Tulburarea sexuală poate fi revelatorul depresiei. Scăderea libidoului, tulburările de erecție și dificultățile orgasmice se numără printre semnele clasice ale depresiei.

• Tulburarea sexuală poate fi consecința depresiei, ca urmare a indispoziției, a răsfârângerii conjugale sau ambientale pe care aceasta le induce.

• Tulburarea sexuală poate face parte dintre efectele secundare ale tratamentului antidepressor.

• Tulburarea sexuală poate surveni în urma rezolvării depresiei, din pricina schimbărilor personale, ambientale sau conjugale pe care depresia, dispărând, le-a antrenat.

REGULI PRIVITOARE LA ORICE TRATAMENT MEDICAMENTOS

• Nu trebuie făcut nimic fără aviz medical (un tratament nu trebuie oprit sau modificat intempestiv, nu trebuie luate medicamente fără bilanț).

• Trebuie cumpănite, cu pro și contra, pe de o parte necesitatea de a lua cutare medicament în pofida efectului său negativ asupra sexualității, iar pe de alta, riscul întreruperii unui medicament necesar sănătății fizice și psihice a celui în cauză, doar în scopul prezervării sexualității.

• Adaptarea sau schimbarea dozei, aplicarea unui tratament discontinuu, modificarea produsului sunt mijloacele de care medicul poate dispune pentru ameliorarea sexualității. El e cel chemat să decidă, discutați cu el despre aceasta.

• Există un decalaj între revenirea la normal a sexualității și oprirea unui tratament medicamentos. Sexualitatea poate reveni la normal chiar și la șase luni după oprirea tratamentului.

• Asocierea mai multor medicamente poate accentua declanșarea și menținerea de tulburări sexuale.

• Medicamentul își are locul său în panelul terapiilor, el poate fi eficient pentru unele simptome și poate genera o reacție în lanț pozitivă asupra altor factori ce acționează asupra sexualității (un mai bun echilibru hormonal, stabilizarea unei stări anxio-depresive...).

• Un medicament poate facilita relația pacient-terapeut, dar nu poate trata tot ce ține de o problemă sexuală.

• Un medicament poate fi bun sau rău în funcție de relația dintre pacient și terapeut (dincolo de orice considerent farmacologic).

• Acțiunea unui medicament depinde și de așteptările pacientului și ale terapeutului. De exemplu, la pacient el poate ascunde o cerere mai dificil de abordat și de verbalizat, poate fi „magic”, deculpabilizant. Pentru terapeut, poate evita aprofundarea analizei simptomului, poate însoți uneori un contratransfer negativ de la terapeut la pacient.

• Un medicament poate avea efecte pozitive sau negative accentuate, în funcție de pacient și de mediul său înconjurător, de terapeut și de legătura terapeutică.

• Anumite medicamente acționează prin „efectul placebo”, uneori cu certă eficacitate, fără a se ști cu adevărat ce mecanisme interacționează în eficacitatea sa: convingerea, așteptarea pacientului și/sau cea a terapeutului?

• Un medicament nu va fi util decât dacă există o indicație precisă, într-un scop precis, pe o durată scurtă, într-un context conjugal și relațional pozitiv. (Este inutil să se administreze medicamente hormonale dacă proporțiile sangvine sunt normale.)

• Un medicament nu trebuie să servească spre a masca niște conflicte conjugale sau a crea o relație patologică în cuplu; altminteri va fi cu siguranță ineficace.

• Un medicament nu trebuie niciodată să devină un produs toxicomanic și de dependență pe care pacientul o poate dobândi odată cu tratamentul. Anumiți pacienți preferă să folosească autoinjectii, anxiolitice sau medicamente orale, în loc să-și regleze anumite probleme de fond. Produsul e atunci o autoamăgire care nu face decât să îndepărteze soluția.

Medicamentele cu acțiune directă asupra sexualității

► Autoinjectiile intracavernoase

Injectiile se fac direct la nivelul corpurilor cavernoase ale penisului. Sunt folosite în tulburările erecției. Există o diversitate de produse, folosite fie pentru a induce o erecție, fie pentru a permite și menține rigiditatea erecției.

Apariția acestor tratamente a contribuit în mod cert la ameliorarea diagnosticului. De acum avem posibilitatea de a distinge, la un bărbat care prezintă probleme de erecție, etiologiile vasculare de cele psihogene. Prezența unei erecții reflexe după o astfel de injecție permite, într-adevăr, eliminarea unui număr mare de cauze organice.

Injectiile intracavernoase permit o certă ameliorare la pacienții care prezintă tulburări erectile de origine organică și care nu au nici un alt mijloc de a-și rezolva dificultățile sexuale. Ele sunt utilizate și în caz de dificultăți psihologice,

atunci când starea de stres și de anxietate sunt foarte accentuate. Una sau două injecții pot să ajute un bărbat să regăsească, grație plusului de siguranță astfel indus, o reacție pozitivă față de tulburarea sexuală de care suferă.

Trebuie însă avut grijă ca aceste autoinjecții să nu fie folosite fără indicație medicală veritabilă, fără bilanț prealabil, fără acordul medicului și fără o discuție de cuplu. Pentru că, în lipsa unui bilanț serios, există riscul să survină consecințe fizice locale, îndeosebi la nivelul penisului (dureri, nodul, priapism). Pot să apară și alte consecințe, câteodată dezastruoase, de ordin psihologic, dacă tratamentul n-a fost integrat într-un demers psihoterapeutic individual sau conjugal.

➤ Tratamentele orale specifice ale erecției

Anumite produse noi, utilizate pe cale orală, au o acțiune directă asupra declanșării și menținerii erecției. Nu este vorba de stimulente sexuale, ci de veritabile medicamente, cu indicații precise și contraindicații specifice. În cazul lor este nevoie de prescripția medicului.

Dintre aceste medicamente, Sildenafilul (sau Viagra®) permite realmente ameliorarea erecției, dar numai când există stimulare sexuală. Nu este vorba de un afrodisiac. El trebuie folosit luând aminte la regulile enumerate mai sus, valabile pentru orice medicament: administrare punctuală, pentru o indicație precisă, într-un cuplu stabil, fără a se urmări o eficacitate magică etc.

Medicamente cu acțiune indirectă asupra sexualității

➤ Androgenele

Se folosesc în diverse situații, îndeosebi dacă hipogonadismul (insuficiența testiculară) este confirmat printr-un bilanț biologic ce arată o scădere semnificativă a proporției de testosteron și dacă nu există contraindicații. Utilizarea androgenelor este riscantă și chiar gravă dacă există un cancer al

prostatai nedepistat sau dacă proporția de testosteron în sânge este normală.

➤ Estroprogestativele

Ca și androgenele, estroprogestativele nu trebuie utilizate decât dacă proporțiile sangvine sunt inferioare celei normale. Mai sunt folosite și ca mijloc contraceptiv.

Trebuie subliniat caracterul individualizat al efectelor contracepției estroprogestative asupra sexualității. La anumite femei aceasta se ameliorează; la altele, dimpotrivă, se alterează. Depinde de tipul de produs utilizat, dar și de sexualitatea de dinainte de luarea contraceptivelor, de locul sexualității față de dorința de a face copii, și chiar și de personalitatea pacientei.

➤ Bromocriptina

În caz de hiperprolactinemie (creșterea proporției de prolactină în sânge), tratamentul prin bromocriptină ameliorează funcția sexuală prin diminuarea proporției de prolactină.

➤ Anxioliticele

Se folosesc în doze mici în anumite forme de stres și de anxietate, luând aminte la dependența față de ele, de unde importanța unei doze minimale de scurtă durată.

➤ Antidepresoarele

Se folosesc în stările depresive și în anumite tulburări anxioase, îndeosebi în accesele de panică, în fobii, în anxietatea generalizată și în tulburările obsesionale compulsive. Totuși, anumite antidepresoare și neuroleptice (clomipramina, tioridazinul), în doze mici, pot acționa și asupra ejaculării precoce întârziind reflexul ejaculatoriu.

➤ Betablocantele adrenergice

Acționează asupra componentei emoționale și somatice a anxietății de performanță (tracul), dar trebuie luat aminte la contraindicații (astm, diabet, tulburări cardio-vasculare...).

➤ Gelurile lubrifiante

Sunt de mare utilitate în caz de absență a lubrifierii și, deci, de uscăciune vaginală.

Pot fi folosite indiferent de cauza problemei întâlnite: lipsă de dorință sau teamă de raportul sexual; lipsă de inițiere, precipitare, necunoaștere; deficit hormonal fiziologic la menopauză, deficit hormonal patologic în caz de insuficiență glandulară, patologie locală (micoze, diverse infecții, post-radioterapică, postchirurgicală...).

Folosirea de geluri lubrifiante trebuie, evident, asociată tratamentului cauzal.

➤ Celelalte produse medicamentoase

Alte produse, folosite local sau pe cale orală, au fost încercate fără un studiu științific controlat în lumina căruia să știm cu adevărat dacă rezultatele lor sunt specific pozitive în tulburările sexuale.

Este cazul vasodilatatoarelor administrate pe cale orală, al psihostimulentelor, al complexelor vitaminate, al anesteziantelor locale etc.

Tratamentele de sprijin

➤ Aparatul de constricție prin aspirație (vacuum)

Folosit la tulburările de erecție, este util îndeosebi pacienților cu tulburări vasculare.

O pompă permite declanșarea erecției prin depresie în cilindrul în care este introdus penisul. După obținerea erecției, la baza penisului se plasează un inel care menține erecția.

Cadrul terapeutic trebuie precizat și sunt indispensabile supravegherea medicală și susținerea psihologică a pacientului și a partenerei (bineînțeles, cu acordul acesteia). Este necesară o analiză aprofundată a motivațiilor și a așteptărilor.

➤ Tratamentul chirurgical (proteze, implanturi)

Și la acest capitol, cele mai numeroase sunt progresele realizate în cazul tulburărilor de erecție. Exceptând intervențiile asupra circuitului arterial și venos, a căror eficacitate pe termen lung nu a fost dovedită și pentru care indicațiile rămân încă de precizat, anumite tratamente chirurgicale pot fi luate în considerare atunci când pacientul a încercat deja, fără succes, toate celelalte tratamente neinvazive.

De aplicarea de proteze pot beneficia îndeosebi bărbații care prezintă tulburări organice importante și ireversibile, după tratamente medicamentoase, și la care ameliorările prin tratamente de sprijin au fost slabe.

Indicațiile privind aplicarea de proteze trebuie discutate, după eșecul tuturor celorlalte tratamente, de către un urolog și un androlog specializați în acest tip de intervenții. În cadrul unor convorbiri conjugale trebuie oferite explicații privitoare la eficacitatea și posibilele complicații legate de aceste intervenții.

■ Psihoterapiile

În psihoterapiei există patru mari axe terapeutice: psihanaliza și tehnicile derivate, terapiile cognitivo-comportamentale, terapiile familiale sistemice și terapiile cu mediere corporală.

Psihanaliza

Pentru Freud, tulburarea sexuală este reflexul exteriorizat al unui conflict inconștient care datează din primii ani de viață și care are la bază asocierea unor afecte negative cu dorința sexuală din prima copilărie.

Tulburările actuale își au originea în conflicte intrapsihice mai vechi. Aceste conflicte sunt refulate în inconștient, pentru că reprezintă o sursă de anxietate și de angoasă; negăsindu-și rezolvarea, ele interferează în viața adultă.

Miezul teoriei psihanalitice îl formează noțiunea de inconștient. Psihanaliza se organizează în jurul unor noțiuni fundamentale invariante: punerea în valoare a limbajului vorbit (facilitată prin poziția culcat a analizatului); neutralitate binevoitoare; travaliu asupra nevrozei de transfer a pacientului, asupra rezistențelor sale, asupra luărilor de poziție contratransferențiale ale terapeutului. La aceasta se adaugă poziții etice privitoare la durata, frecvența și costul financiar al ședințelor...

În cursul ședințelor sau grație lor, analizatul își exteriorizează conflictele infantile și le „retrăiește” împreună cu terapeutul, în deplină siguranță (nevroză de transfer). Vechile temeri de pedeapsă, contractate în copilărie în cursul practicilor sexuale, vor fi reactivate prin manifestările sexuale ale adultului.

Iată câteva exemple de interpretare frecvent întâlnită în literatura psihanalitică:

— Vaginismul ar fi mărturia fantasmei de a încorpora penisul și a-l distruge. Din pricina angoasei resimțite, femeia ar realiza un compromis contractându-și mușchii fesieri (ceea ce face cu neputință raporturile sexuale).

— Ejacularea întârziată ar traduce pericolul resimțit în faptul de a ejacula, îndeosebi în vagin (frica de castrare în momentul străbaterii vaginului „matern”).

— Ejacularea prematură ar fi dovada unor sentimente sadice față de femeie și a voinței de a o murdări frustrând-o totodată de plăcere.

— Impotența erectilă s-ar datora angoasei de castrare consecutive dorinței incestuoase față de mamă și fricii de posibilele represalii din partea tatălui.

Sub impulsul dat de Georges Abraham și de Helen Singer Kaplan, anumiți terapeuți de orientare analitică asociază de acum exercițiile sexoterapice cu convorbirile psihoterapice. Această abordare multiplică eficacitatea respectivă a fiecărei componente.

INTERESE ȘI LIMITE ALE PSIHANALIZEI ȘI ALE PSIHOTERAPIILOR ANALITICE

- Trecerea pe planul al doilea a problemei imediate.
- Reflecție asupra cauzelor problemei, travaliu de interiorizare.
- Orientare spre o cunoaștere de sine mai globală.
- Durata mare a terapiei.
- Absența răspunsurilor la întrebări.
- Puținătatea schimburilor verbale cu terapeutul.

Terapiile familiale sistemice

Aceste terapii au la bază ideea că problemele sunt mai puțin expresia unor dificultăți individuale decât rezultatul unor tulburări de comunicare înăuntrul sistemului familial. Ele urmăresc să influențeze interacțiunile, sistemul, și nu individul luat izolat. Principiile lor de bază se pot aplica la cuplu, dat fiind că acesta constituie un mini-grup, un sistem interacțional specific.

Aceste terapii sistemice diferă între ele în funcție de orientarea pe care o privilegiază. Unele au o bază mai analitică, altele una mai strategică.

Oricare ar fi școala pe care o urmează, abordarea familială sistemică prezintă cinci caracteristici:

1. Cererea de natură plurală, chiar paradoxală, pentru că grupul integrează o pluralitate de personalități.
2. Simptomul trebuie integrat în economia familială. El este dovada unei suferințe, dar este totodată soluția artificială care permite ca echilibrul sistemului să fie menținut. Se vorbește de un „purător al simptomului” sau de un „pacient desemnat”, pentru a marca disocierea dintre simptom și cel la care acesta se manifestă.
3. Homeostazia: ea menține un pseudoechilibru prin care se explică rezistențele la schimbare.

4. **Procesul de schimbare** pornește dintr-o reflecție despre „ce anume face ca simptomul să se perpetueze?” și nu dintr-o analiză a cauzelor problemei în discuție.

5. **Implicarea terapeutului** este reală și directă, dat fiind că e vorba de comunicare. Rolul său este de a analiza interacțiunile familiale și sistemele de comunicare verbală și neverbală.

Această terapie este, evident, foarte utilă în desfășurarea unui travaliu de terapie conjugală. Prezența unuia sau a doi terapeuți în co-terapie permite ca problema sexuală să fie analizată ca o problemă de cuplu, având ca purtător pe unul din soți, dar interacționând permanent în cadrul sistemului conjugal. Cuplurile de tipul dominator/dominat sunt cele în care simptomul sexual este elementul exteriorizat, revendicat, sursă de tensiune și de crize, dar și sursa unei focalizări sterile care-i împiedică pe soți să-și pună adevăratele întrebări (teamă de abandon, de respingere, de autonomizare).

➤ Cazul particular al terapiei conjugale

În funcție de terapeuți, această formă de terapie poate adopta o orientare analitică, una comportamentală sau una sistemică. Iată care-i sunt regulile cele mai importante:

— În centrul terapiei se află **sistemul conjugal**. În derularea ei, forțele psihice individuale nu sunt nici analizate, nici luate în calcul.

— **Ședințele în doi** sunt sistematice. Cuplul este întotdeauna văzut de specialist împreună (exceptând momentul de început, când fiecare dintre parteneri poate fi văzut separat, pentru întocmirea unui bilanț inițial).

— **Co-terapia** este foarte frecventă (prezența a doi terapeuți împreună cu cei doi pacienți).

— **Definirea contractului** și a obiectivelor este făcută împreună de către cuplu și terapeuți.

— **Obiectivele travaliului la domiciliu** vin în ajutorul terapiei conjugale. Ele reclamă cupluri motivate, dispuse să repună în discuție propriile certitudini și interpretări.

Indicațiile terapiei conjugale sunt multiple. Să cităm pe cele mai frecvente: când terapia individuală a eșuat; când simptomul sexual este inclus într-o problemă de manipulare conjugală; sau când principala problemă a cuplului o constituie dizarmonia conjugală.

Diferitele probleme observate pot conduce la tipuri de intervenție specifice în terapia de cuplu. Se pot utiliza:

1. **Terapia de cuplu de orientare socio-cognitivă**: când problemele inițiale sunt specifice iar soții sunt motivați. În centrul cererii se află atunci necesitatea dobândirii anumitor cunoștințe.

2. **Terapia de cuplu de inspirație sistemică**: atunci când conștientizarea și motivația sunt minime sau când există o puternică înclinație spre manipulare.

3. **Terapia de cuplu de orientare analitică**: atunci când cuplul se interesează de originea și rădăcinile afective ale conflictelor trăite.

4. **Terapia familială**: când în problematica conjugală sunt implicați copiii.

Terapia de cuplu devine repede inoperantă dacă unul dintre parteneri sau amândoi ascund anumiți parametri ai istoriei lor, manipulându-l astfel pe terapeut. Tot așa, dacă unul dintre soți dorește despărțirea sau dacă în cuplu nu există înțelegere în privința modalităților acesteia.

Terapia de cuplu poate astfel să capete aluri diferite, organizate în funcție de cereri și de abordarea terapeutică aleasă, de specialistul consultat. De la susținerea preventivă până la intervențiile de criză, trecând prin forme de lucru specifice, terapia de cuplu deține un loc de prim ordin în evantaiul diferitelor terapii.

INTERESUL ȘI LIMITELE TERAPIEI FAMILIALE SAU CONJUGALE

- Obligația prezenței permanente în cuplu sau în familie la fiecare sedință.
- Trăvialiu asupra interacțiunilor, a comunicării în cadrul cuplului sau al familiei.
- Abordarea simptomului ca fiind simptomul unei perturbări a sistemului conjugal sau familial.
- Orientarea psihanalitică sau comportamentalistă a anumitor terapii familiale (modalitățile practice vor fi atunci diferite).
- Acțiunea directă a terapeutului care operează asupra comunicării.
- Sedințe uneori filmate și rediscutate cu familia sau cuplul, în prezența terapeutului.
- Absența terapiei individuale.

Terapii cu mediere corporală

Conform acestor concepții, în fiecare individ există o tendință de a se autorealiza, autorealizare pe care el o decide liber și pentru care își asumă responsabilitatea. Problemele care se ivesc sunt rezultatul unor piedici sau blocaje întâlnite de cel în cauză în încercarea de a-și dezvolta acest potențial.

Terapia va consta deci în a debloca, în a elibera acest potențial de piedicile interne și externe. Ea se bazează pe autenticitate, pe considerația pozitivă necondiționată și pe înțelegerea empatică.

Aceste terapii abordează corpul în mod tangențial, adresându-se fie infrastructurii sale anatomo-bio-fiziologice, fie suprastructurii sale comportamentale și sociale, fie plecând de la o sistematizare vecină, în particular una psihanalitică.

— **Corpul funcțional:** se caută o ușurare, o alinare, o destindere, o mai bună funcționare a corpului în fața stresului. Cel mai bun exemplu de acest fel este relaxarea, în speță trainingul autogen al lui Schultz (decontractare cu urmărirea destinderii musculare, încetinire a ritmului cardiac și respiratoriu, inducție din partea terapeutului, senzații cor-

porale de greutate, căldură a membrelor, a abdomenului, prospețime a frunții...).

— **Corpul emoțional:** se caută o mai bună exprimare a afectelor, prin țipăt și atingere, cu un real efect catartice. Cel mai bun exemplu este aici tehnica lui Janov a „țipătului primar”, țipăt regresiv interiorizat.

— **Corpul senzual:** ne focalizăm asupra senzațiilor interne. Senzualitatea se află în centrul celor mai recente terapii corporale bazate pe palpate, căutarea plăcerii și a bunei dispoziții, cele mai bune exemple fiind aici haptoterapia, masajul californian, masajul senzitiv (Camilli).

— **Corpul transfuncțional:** se urmărește crearea unei stări de conștiință modificate. Pe lângă *rebirth* și sofrologie, cel mai bun exemplu este aici hipnoza clasică: se caută o stare în care facultățile mentale critice sunt temporar suspendate și în care pacientul utilizează în principal imaginația și procesele de gândire primare.

Hipnoza în sexoterapie facilitează controlul cognitiv și, îndeosebi, acțiunea asupra ruminărilor negative ce condiționează eșecul. Ele permit de asemenea diminuarea anxietății și a stresului, o conștientizare sporită a puterii benefice sau prejudiciabile pe care o au gândurile negative, utilizarea imaginii pozitive, revenirea proceselor fiziologice naturale normale, dobândirea de noi competențe mentale care înlesnesc stăpânirea de sine.

INTERESE ȘI LIMITE ALE TERAPIILOR CORPORALE

- Corpul se află în centrul tratamentului.
- Se folosește decontractarea și modificarea câmpului conștiinței.
- Se lucrează asupra emoțiilor.
- Trăvialiu asupra trecutului, a prezentului și a viitorului este mai eficace dacă barierele emoționale și corporale sunt mai puțin puternice.
- Trebuie găsit momentul potrivit pentru aplicarea terapiei corporale.
- Există terapii corporale de orientare comportamentală, de orientare psihanalitică, de orientare umanistă.

Recomandări finale către pacienți, impacienți și clienți

Un pacient care a înțeles că nu trebuie să fie nerăbdător și că trebuie să joace un rol activ în rezolvarea problemei sale devine cu adevărat un client, adică un veritabil terapeut pentru sine însuși. Iată un număr de remarci care vă pot ajuta să jucați acest rol.

- Reflecția pe îndelete asupra problemei pe care o ai, cuantificarea suferinței pe o scară de la 0 la 10 (0: absența oricărei suferințe; 10: maximum de intensitate a suferinței).

- Străduința ca, în explicarea problemei, să folosești mai mult pronumele „eu” (eu sufăr, mă doare, mi-aș dori...) decât „noi” sau „se”.

- Spuneți-vă că problema ține de viziunea pe care o avem despre ea. Ceea ce trebuie luat în serios nu este întotdeauna Adevărul cu A mare, ci adevărul personal.

- Spuneți-vă că aveți dreptul să vă îndoiiți, să vă puneți întrebări, să nu fiți sigur(ă) de dumneavoastră. Îndoiala permite formularea de întrebări.

- Încercați să folosiți umorul — nu pentru a tăgădui problema, ci pentru a o relativiza.

- Țineți minte că o problemă nu reprezintă decât o parte din dumneavoastră (am o problemă, nu eu sunt o problemă...).

- Acceptați să recunoașteți partea dumneavoastră de responsabilitate (eu am jucat un rol activ, eu am participat mai mult sau mai puțin la apariția sau menținerea problemei...).

• Țineți minte că o soluție și o schimbare nu sunt posibile decât dacă deveniți client (și nu doar un pacient nerăbdător să vadă efectul magiei făcute de terapeut).

• Negociați obiectivele intermediare, realizabile la domiciliu. Negociați obiectivul final pentru a vă arăta că între ceea ce vă supără în prezent și obiectivul final există etape intermediare.

• Întrebați-vă cum ar arăta soluția ideală (de descris în amănunt). Care sunt mijloacele de a ajunge la această soluție ideală?

• Întrebați-vă cum ar arăta cea mai proastă situație. Cum ați procedat pentru a nu se ajunge la ea?

• Întrebați-vă asupra situațiilor în care problema era absentă. Ce făceați atunci?

• Străduiți-vă să construiți momente privilegiate (context, ambianță, climat...) de natură să amelioreze lucrurile.

• Scoateți în evidență schimbările care deja au fost eficace.

ÎN CHIP DE MĂSURI PREVENTIVE

- Faceți puțin și bine, nu mult și prost.
- Nu ajungi la nimic dacă nu-ți asumi și niște mici riscuri. Și a nu face nimic comportă un risc.
- Construiți-vă în doi, în bună înțelegere, relația dumneavoastră sexuală.
- Folosiți-vă timpul nu pentru a descoperi pe ghicite dorințele celuilalt, ci pentru a vă comunica reciproc dorințele.
- Ocupați-vă nu atât de scopuri, cât de mijloace.
- Concentrați-vă mai degrabă asupra senzațiilor decât asupra performanțelor dumneavoastră.
- Obişnuiți-vă să puneți sub semnul întrebării vechile deprinderi.
- Nu uitați că fiecare raport sexual este unic.
- Țineți minte că partenerul/partenera dumneavoastră nu este identic/identică cu dumneavoastră.
- Dați-vă întâlniri în cuplu, o dată pe săptămână, spre a face bilanțul a ceea ce ați încercat deja, spre a pozitiva eforturile celuilalt.
- Minim vital pentru cuplu *în cuplu*: o seară pe săptămână; un week-end la fiecare două luni; o săptămână la fiecare șase luni.
- Apelați la un specialist, dacă doriți. Mai bine o consultație pentru liniștirea unei mici angoase decât să așteptați să se îngroașe gluma.
- ...Recitiți această carte.

Mic dicționar de expresii și gânduri care ucid

„Nu mă dau în vânt după treaba asta!”

Se subînțelege că este vorba de sexualitate. Aceasta devine atunci o îndatorire, o corvoadă. Uneori este vorba de desinteres, de dezgust față de orice raport sexual, inclusiv față de dezmierdări, alteori doar față de penetrare („dacă aş avea parte numai de dezmierdări, ar mai merge...”).

De cum începe să mă mângâie sau de îndată ce îi fac eu un gest de afecțiune, știu (sau îmi închipui) că va voi să meargă mai departe; și cum eu nu doresc asta, nu mai fac nimic. Acest „nimic” va aduce un exces de frustrare la bărbat, care va deveni mai insistent, iar asta îmi va accentua dezgustul.

Evitarea, „nimicul sexual” al femeii sporește asiduitatea sexuală din partea bărbatului, care amplifică dezgustul femeii, și *viceversa*.

„Măinile plimbărețe” ale bărbatului accentuează crisparea femeii, care amplifică frustrarea bărbatului.

Tot ce evită întâlnirea amplifică problema. Tot ce busculează întâlnirea amplifică, de asemenea, problema.

Într-un cuvânt: a te forța să ai raporturi sexuale spre a face plăcere celuilalt nu duce la nimic; a refuza din principiu să ai raporturi sexuale, tot așa, nu aduce nimic (vorbesc, evident, de un cuplu stabil).

A căuta o soluție înseamnă deja a refuza „totul” (lui) și „nimicul” (ei). Înseamnă a vrea să vii pentru tine (vreau să cunosc ce înseamnă raportul sexual, plăcerea...), și nu pentru celălalt (nu vreau să plece). Înseamnă a găsi soluția cea mai puțin proastă: a face la început un compromis în cuplu pentru ca femeia să acționeze în loc să evite, și pentru ca bărbatul să regleze ritmul apropiierilor, în loc să se focalizeze asupra rezultatului sexual.

„Nu sunt bun de nimic...”

Pentru că sexual mă simt în dificultate, consider că nu mai sunt bun de nimic; pentru că în cursul raportului sexual nu am avut erecție sau ejaculare, nu aș fi bărbat, aș fi un „impotent”. Pentru că n-am putut accepta o penetrare sau n-am avut orgasm, n-aș fi o femeie normală.

Întrebați-l pe celălalt dacă într-adevăr în ochii săi nu însemnați nimic și întrebați-vă, tot așa, dacă el nu reprezintă în ochii dumneavoastră nimic pentru că n-a avut „bune reacții” sexuale; și mai puneți-vă singur întrebarea: oare nu mai există sau nu mai valorez nimic pentru că sexul meu nu a funcționat, pentru că partenera mea nu a avut orgasm?

A-ți spune în sinea ta: nu aș mai fi bărbat dacă sexul meu n-ar „merge”, sau: aș fi bărbat dacă sexul meu ar fi „eficace”, înseamnă a-ți focaliza existența de bărbat asupra sexului. Mă încumet să cred că imaginea mea de bărbat trece dincolo de orizontul performanțelor sexuale.

„Ea are poftă, dar de ce anume?”

La bărbat, chiar dacă de multe ori își exprimă dorința sexuală într-un mod caricatural, știm cel puțin care este intenția: să meargă până la penetrare. Penetrare pentru ce? Evident..., pentru ca ea să aibă orgasm.

Acolo unde pentru bărbat se degajă repede o anumită simplitate a ceea ce vrea din punct de vedere sexual — să meargă până la capăt — la femeie lucrurile stau cu totul altfel: poate că ținta ultimă nu are în cazul ei aceeași definiție. La femeie există un clivaj net între senzualitate și sexualitate: dezmiardările, vorbele dulci, gesturile în centrul limbajului amoros și erotic pot să fie scopul, fără să existe în mod sistematic nevoia de sex.

În schimb, când există sex, femeia poate, neîndoindu-se, să se investească total, uneori chiar dincolo de ceea ce bărbatul poate să ofere. E adevărat că „da”-ul femeii pentru un joc corporal poate fi un „da” pentru tot, inclusiv pentru sex; dar poate fi și un „da” pentru dezmiardări fără sex sau un „da” pentru sex fără prea multe dezmiardări. Există însă și „nu”-uri care vor să spună nu pentru tot, și „nu”-uri care vor să spună nu pentru sex, dar nu și pentru dezmiardări; în sfârșit, există și „nu”-uri care vor să spună „da”: femeii poate să-i placă un partener care-i rezistă și știe din când în când să joace rolul de amant.

„Sexualitate, de acord. Dar în ce scop?”

Penetrarea e un mijloc, nu un scop. Ea permite dezvoltarea excitației, nefiind însă de ajuns pentru declanșarea orgasmului. Vă reamintesc că orgasmul are nevoie de un trepid obligatoriu în calitate și în cantitate:

1. O decontractare mentală (a avea mai degrabă fantasme și nu ruminări).

2. O decontractare corporală (excitarea celor cinci simțuri, în loc de noduri de stres, de tensiune musculară sau de oboseală fizică).

3. O decontractare în doi (un același joc dinainte definit, în loc de joc pe ghicite sau cu reguli diferite).

Penetrarea, da, dar asta nu e întotdeauna de-ajuns pentru un joc dezinvolt de natură să ducă la orgasm.

„Bărbaților nu le e gândul decât la asta!”

Ce-i drept, foarte adesea bărbatul dă întâietate sexului față de senzualitate. De îndată ce trupurile se ating, bărbatul are tendința de a se precipita asupra zonelor sexuale. Îi vine greu să rămână la alintări sau la dezmierdări corporale asexuate.

La bărbat, când începe să se apropie de corpul femeii, se înfiripă repede ideea de a merge până la capăt. Îi vine foarte greu să rămână la o apropiere tandră, senzuală, fără voința de a penetra.

În loc să evitați contactul de teamă că el va merge prea departe, învățați-l să-i placă senzorialitatea, dezmierdările și, mai cu seamă, nu rămâneți tăcută. Vorbiți-i sincer despre ceea ce vreți, în loc să tot spuneți „nu”. Pasivitatea accentuează la celălalt neînțelegerea, împingându-l și mai mult spre lucruri pe care dumneavoastră nu le-ați dori.

„El/ea ar trebui să știe ce-mi doresc, nu-i nevoie să i-o spun eu...”

Jocul pe ghicite e interesant, dar vă pune nervii la încercare. Sexualitatea e un limbaj, un limbaj al corpului și al inimii, un limbaj din cuvinte și gesturi. Nimic nu-i mai de preț, cel puțin la început, decât o definire simplă, împreună cu partenerul/partenera, a ceea ce vreau, a ceea ce vreau să „joc” în sensul nobil al cuvântului, să joc cu acordul celuilalt și nu în detrimentul lui.

Dacă nu spun nimic, nu trebuie să mă plâng că celălalt n-a înțeles ce voiam. Totul se transformă atunci într-o datorie. Exprimarea verbală sau orice alt cod neverbal secret, pe care numai cei doi parteneri îl cunosc, le permite să „joc” același joc, după reguli stabilite de cuplu, și să trăiască sexualitatea în complicitate deplină.

„Mă duc să încerc și în altă parte!”

O problemă de cuplu nu se rezolvă mergând să încerci în altă parte. Comparația nu folosește la nimic: nu poți compara două ființe, două situații incomparabile, în două contexte diferite.

Dacă cineva „încearcă în altă parte”, înseamnă că în cuplu există o problemă mai amplă sau, oricum, una ce nu se reduce la sexualitate. Mersul în altă parte comportă două genuri de risc:

— ca lucrul să iasă mai bine, și atunci cel în cauză va dori să reînceapă, ceea ce nu va rezolva nicidecum problemele cuplului;

— să iasă mai prost, și atunci încercarea nu ar servi la nimic.

A te duce să încerci altundeva fără a regla problema sexuală a cuplului înseamnă „să dai la schimb un cal chior pe unul orb”.

Dacă la anumite cupluri o astfel de încercare poate fi utilă sau chiar necesară, ea nu poate avea sens decât dacă cuplul lucrează, reflectează la cauzele rupturii...pentru a nu repeta aceleași greșeli.

„Nu sunt la înălțime...”

Coborâți de pe culmile pe care v-ați cocoțat! Sexualitatea e asemeni unei escapade în munți — există o tabără de bază, tabere intermediare și vârful. Pentru a-l atinge, există etape, popasuri, întoarceri în caz de vreme rea; uneori atingerea vârfului nu este posibilă, și atunci cel în cauză nu trebuie să se simtă dezamăgit, deoarece există alte dăți, alte încercări.

Lucrul principal este să iei mereu aminte la propriile senzații, la propriul mediu mental (imaginarul erotic) și relațional (cuplul).

Care este jocul sexual minimal în care ne simțim bine amândoi? Plec de la această bază minimală și-mi pun următoarea întrebare: Care e cea mai mică schimbare pe care o pot efectua în sexualitatea mea pentru a ameliora acest mic joc?

„Treaba nu merge!”

Purtați-vă simpatetic cu sexul dumneavoastră. El nu este ceva pur mecanic. M-aș încumeta să spun că sexul (înțeleg prin asta aparatul sexual) are în sexualitate o pondere de circa 20%. Restul ține de emoții, de imaginar, de partener...

A spune că „nu merge” înseamnă a presupune că doar aparatul sexual este util sexualității și că el nu are decât o menire — penetrarea și orgasmul. Dincolo de asta n-ar fi nimic de făcut.

Aparatul sexual, ca și restul corpului, trebuie să aparțină întregului arsenal de care dispunem pentru a ameliora jocul erotic și sexual. Cu cât sunt mai „rigid” (în toate sensurile termenului), cu atât vreau mai multă eficacitate. Cu cât sexualitatea rămâne mai puțin un joc, cu atât mă închid în niște criterii normative riscate.

Referințe bibliografice

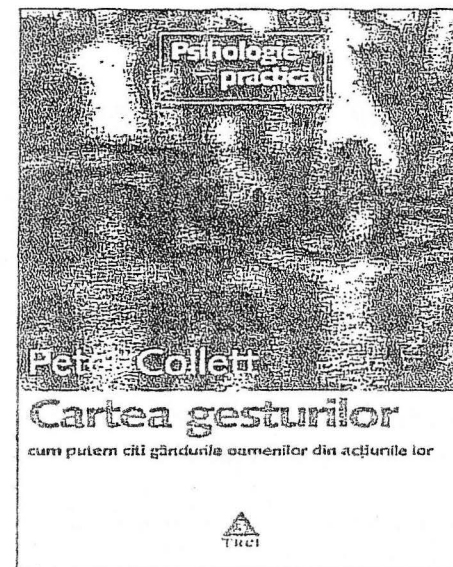
- ABRAHAM C., PORTO R., *Psychanalyse et thérapies sexologiques*, Paris, Payot, 1978.
- ADÈS J., „Conduites de dépendance et recherche de sensations”, in Bailly D. și Venisse J.-L., *Dépendance et conduite de dépendance*, Paris, Masson, 1994.
- ANDRÉ C., LÉGERON P., *La Peur des autres. Trac, timidité et phobie sociale*, Paris, Odile Jacob, 1955.
- ARAOZ D. L., *Hypnose et Sexologie: une thérapie des troubles sexuels*, Paris, Albin Michel, 1994.
- AZRIN M. H., MASTER B. J., JONS R., „Reciprocity counseling: a rapid learning based procedure for marital counseling”, *Behavioral Research and Therapy*, 11, 365-382, 1973.
- BECK A. T., *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York, International University Press, 1976.
- BOISVERT J.-M., BAUDRY M., *Psychologie du couple*, Paris, Méridien, 1988.
- BRUCKNER P., FINKIELKRAUT A., *Le Nouveau Désordre amoureux*, Paris, Seuil, 1977.
- CHANGEUX J.-P., *L'Homme neuronal*, Fayard, 1983.
- COSNIER J., *Psychologie des émotions et des sentiments*, Paris, Odile Jacob, 1993.
- CYRULNIK B., *Les Nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob, 1993.
- , *L'Ensorcellement du monde*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- ELLIS H., *Études de psychologie sexuelle*, Paris, Mercure de France, 1964.
- GUILLEBAUD J.-C., *La Tyrannie du plaisir*, Paris, Seuil, 1998.

- HALEY J., *Stratégies de la psychothérapie*, Ramonville-Saint-Agne, Éres, 1993.
- KAPLAN H. S., *The New Sex Therapy*, New York, Brunner/Mazel, 1974.
- KEGEL A., „Sexual functions of the pubo-coccygeus muscle”, *W. J. Surg. Obst. Gyn.*, 60, 521, 1952.
- KINSEY A. C., POMEROY W. B., MARTIN C. E., *Le Comportement sexuel de l'homme*, Paris, Pavois, 1948.
- KINSEY A. C., *Le Comportement sexuel de la femme*, Paris, Amiot Dumont, 1954.
- LO PICCOLO J., „Direct treatment of sexual dysfunction”, *Hand Book of Sexology*, Amsterdam, SP Biological and Medical Press, 1975.
- MASTERS W. H., JOHNSON W. C., *L'Union par le plaisir*, Paris, Laffont, 1975.
- , *Les Méseintes sexuelles et leur traitement*, Paris, Laffont, 1971.
- MEYER R., *Les Thérapies corporelles*, Paris, H. G. Éditeurs, 1986.
- O'HANLON B., BEADLE S., *Guide du thérapeute au pays du possible. Méthodes de la thérapie du possible*, Bruxelles, Satas, 1997.
- POUDAT F. X., „Les addictions sexuelles”, *Synapse*, nr. 142, janvier 1998.
- POUDAT F. X., JARROUSSE N., *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*, Paris, Masson, 1992.
- REYNAUD M., MALAREWICZ J. A., *La Souffrance de l'homme. Une approche globale du fonctionnement psychique*, Paris, Albin Michel, 1996.
- ROGERS G., *Client-Centered Therapy*, Boston, Houghton Mifflin, 1951.
- SEMANS J. H., „Premature ejaculation: a new approach”, *Southern Med. Jour.*, 49, 353-358, 1956.
- SOUSSANA J., „Olfaction-amour-sexualité”, mémoire du diplôme interhospitalo-universitaire de sexologie, Nantes-Rennes, 1998.
- TRUDEL G., *Les Dysfonctions sexuelles. Évaluation et traitement*, Montreal, Presses universitaires du Québec, 1998.
- VINCENT J.-D., *La Biologie des passions*, Paris, Odile Jacob, 1986.

- WOLPE J., *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Stanford University Press, 1958.
- WRIGHT J., *La Survie du couple: une approche simple, pratique et complète*, Montréal, La Presse, 1985.

Alte apariții în

*Psihologie
practică*



Best-seller în 2005

Cartea gesturilor

Titlul original: *The Book of Tales, How to Read People's Minds from Their Actions*

Publicată de: Transworld Publishers, divizie a The Random House Group Ltd., Londra, 2003

Limba originală: engleză

Traducere: Alexandra Borș

Anul apariției: 2005

Nr. de pagini: 328

Un gest este o acțiune care-ți spune multe despre ceea ce gândește cineva — chiar dacă persoana însăși nu este conștientă de acest lucru. Gesturile sunt extrem de edificatoare...

Știi că felul în care stai, poziția umerilor, felul în care îți miști picioarele, expresia ochilor și a sprâncenelor spun mult despre cât de dominant sau de supus te simți, și că, chiar și atunci când încerci să-ți ascunzi sentimentele, atitudinea ta sexuală este trădată de ochi și de gură? Sau că poziția pe care o adopți într-o conversație și gesturile pe care le faci pot determina durata dialogului și cât de des vei fi întrerupt? Chiar și felul în care zâmbești — și mușchii faciali pe care îi folosești — trădează dacă ești cu adevărat fericit sau doar te prefaci. Acestea sunt Gesturile, iar ele nu se rezumă doar la conversații. Oriunde te-ai afla, orice ai face, Gesturile sunt indicii importante ale stării tale de spirit.

Cum să ne eliberăm de trac

Autor: Dr. Laurent Chneiweiss
Dr. Éric Tanneau
ISBN: 973-707-014-3
Titlul original:

Maîtriser son trac

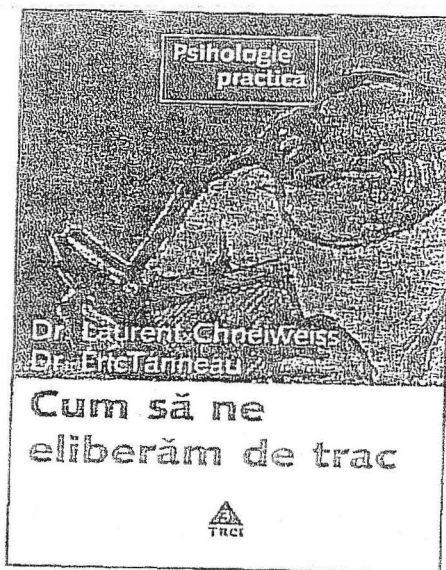
Publicată de: Éditions Odile
Jacob, Paris, 2003

Limba originală: franceză

Traducere: Sabina Dorneanu

Anul apariției: 2006

Nr. de pagini: 272



Aveți trac atunci când trebuie să luați cuvântul la o reuniune, în ajunul unui examen oral, înainte de a intra în scenă. Aveți trac atunci când vă simțiți atras de cineva și doriți să-l abordați sau să-l invitați, înainte de o competiție sportivă importantă sau în timpul ei ori atunci când trebuie să faceți o prezentare liberă în fața unui public. Aveți trac pentru că trebuie să țineți un discurs la nupța celui mai bun prieten, pentru că veți face dragoste pentru prima oară, pentru că e rândul dvs. să spuneți o glumă sau pur și simplu pentru că trebuie să vă parcați mașina sub privirile suspicioase sau ironice ale trecătorilor.

Dacă o mică doză de trac se întâmplă uneori să fie stimulativă, într-o doză prea mare, tracul ne împiedică să acționăm și poate deveni un real handicap.

Această carte, practică și concretă, vă propune o metodă eficientă pentru a scăpa de trac.

* * *

Laurent Chneiweiss și Éric Tanneau sunt psihiatri, specialiști în terapii cognitive și comportamentale.



leșirea din depresie. Medicamente sau psihoterapie?

Autor: Dominique Barbier, Dr
ISBN: 973-707-028-3

Titlul original: La Dépression
Publicată de: Odile Jacob,
Paris, 2000, 2003

Limba originală: franceză

Traducere de
Aliza Ardeleanu

Anul apariției: 2005

Nr. de pagini: 240

Fiind adesea un obiect de controverse din partea cercetătorilor și a clinicienilor, depresia este pentru mulți un rău misterios. Frecvent nerecunoscută sau ascunsă, ea apare uneori chiar ca ceva rușinos, semn de slăbiciune și provocator de formule lapidare precum: „N-ai decât să faci și tu un efort” sau „Nu mai fi așa de ipohondru”.

[...]

Această lucrare se adresează unui cititor nespecialist care dorește să înțeleagă mai bine ce este depresia sau același care vrea să-l ajute pe vreunul dintre apropiații săi aflat în suferință. Desigur, el va afla aici incursiuni în domeniul cunoștințelor actuale ale științei. Însă ele vor fi cât mai reduse cu putință, iar singurul lor scop va fi acela de a-l familiariza cu informații care nu sunt întotdeauna ușor accesibile, dar pe care este adesea necesar să le cunoaștem pentru a ne îngriji sau pentru a fi un aliat terapeutic al depresivului și, mai mult chiar, pentru a-l face să înțeleagă deciziile medicale.

Tipografia
S.C. PRINT MULTICOLOR S.R.L.
Str. Bucium nr. 34, Cod 700265, IASI
Tel. 0232-211225 / 236388
Fax: 0232-211252

S.C.U. „M. EMINESCU” IASI